interface

comunicação saúde educação

2014: 18(48) ISSN 1807-5762

UNESP

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Instituto de Biociências de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia e as Ciências Sociais e Humanas. Dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação is an interdisciplinary, quarterly publication of Unesp - São Paulo State University (Laboratory of Education and Communication in Health, Department of Public Health, Botucatu Medical School and Botucatu Biosciences Institute), focused on Education and Communication in the healthcare practices, Health Professional Education (Higher Education and Inservice Education) and the interface of Public Health with Philosophy and Human and Social Sciences. Qualitative research is emphasized.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação es una publicación interdisciplinar, trimestral, de Unesp – Universidad Estadual Paulista (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Medicas, e Instituto de Biociencias, campus de Botucatu), destinada a la Educación y la Comunicación en las practicas de salud, la formación de los profesionales de salud (universitaria y continuada) y a la Salud Colectiva en su articulación con la Filosofía y las Ciencias Humanas y Sociales. Enfatiza la investigación cualitativa.

EDITORES/EDITORS/EDITORES
Antonio Pithon Cyrino, Unesp
Lilia Blima Schraiber, USP
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORAS ASSISTENTES/ ASSISTENT EDITORS/ EDITORAS ASISTENTES
Eunice Nakamura, Unifesp
Margareth Santini de Almeida, Unesp
Túlio Batista Franco, UFF
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA
Mônica Leopardi Bosco de Azevedo

EDITORES DE AREA/ÁREA EDITORS/EDITORES DE ÁREA
Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, USP
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Denise Martin Covielo, Unifesp
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Silvio Yasui, Unesp
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

EDITORAS DE CRIAÇÃO /CREATION EDITORS/EDITORAS DE CREACIÓN
Elisabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Mariângela Scaglione Quarentei

Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación
Cintia Ribas, Enfance
Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Paula Carpinetti Aversa, USP
Renata Monteiro Buelau, USP

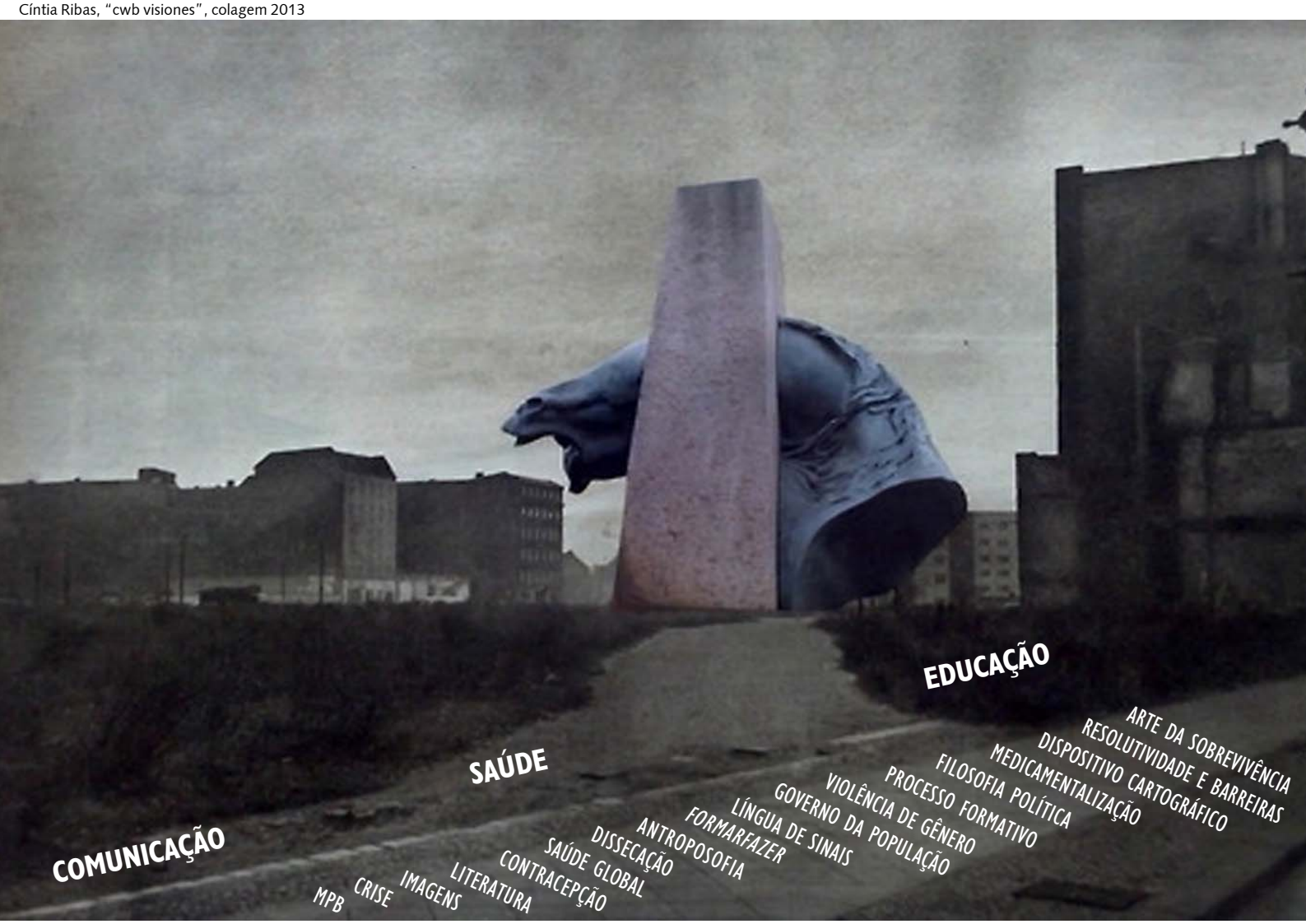
PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO
Projeto gráfico-textual/Graphic textual project/Proyecto gráfico-textual
Adriana Ribeiro, Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Cintia Ribas, Enfance
Mariângela Quarentei, Unesp
Identidade visual/Visual identity/Identidad visual
Érica Cezarini Cardoso, Desígnio Ecodesign
Editoração Eletrônica/Journal design and layout/ Editoración electrónica
Adriana Ribeiro

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL
Assistente administrativo/Administrative assistent/ Asistente administrativo
Juliana Freitas Oliveira
Auxiliar administrativo / Aadministrative assistant / Ayudante administrativo
Nieli de Lima
Normalização/Normalization/Normalización
Enilze de Souza Nogueira Volpato
Luciene Pizzani
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos
Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potugués)
David Elliff (Inglês/English/Inglés)
María Carbajal (Espanhol/Spanish/Español)
Web design
Tortagade
Manutenção do website/Website support/ Manutención del sitio
Renato Antunes Ribeiro
Jornalismo científico/Scientific jornalism/Jornalismo cientifico
Felipe Modenese

Capa/Cover/Portada: Cintia Ribas, "é isso mesmo", colagem 2013

ISSN 1807-5762

Cíntia Ribas, "cwb visiones", colagem 2013



Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2014; 18(48)
Botucatu, SP: UNESP

Trimestral
ISSN 1807-5762

1. Comunicação e Educação 2. Educação em Saúde
3. Comunicação e Saúde 4. Ciências da Educação
5. Ciências Sociais e Saúde 6. Filosofia e Saúde
I UNESP

Filiada à
A B E C
Associação Brasileira de
Editores Científicos

interface
comunicação saúde educação
2014; 18(48) ISSN 1807-5762

5 apresentação

artigos

9 Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde
Gustavo Corrêa Matta; Arlinda Barbosa Moreno

23 Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da previdência social
Maria da Penha Pereira de Melo

37 O acesso à contracepção de emergência como um direito? Os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência
Luíza Lena Bastos; Miriam Ventura; Elaine Reis Brandão

47 O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica
Luana Rodrigues de Almeida; Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva; Liliane dos Santos Machado

61 "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária
Indara Cavalcante Bezerra; Maria Salete Bessa Jorge; Ana Paula Soares Gondim; Leilson Lira de Lima; Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

75 Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras
Mariana Antunes da Silva; Mara Lisiane de Moraes dos Santos; Laís Alves de Souza Bonilha

87 A música popular brasileira na construção do conhecimento em Saúde Pública: o tema processo de trabalho e saúde
José Augusto Pina

101 Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa
Neuma Chaveiro; Soraya Bianca Reis Duarte; Adriana Ribeiro de Freitas; Maria Alves Barbosa; Celmo Celeno Porto; Marcelo Pio de Almeida Fleck

115 Crise na educação médica? Um ensaio sobre o referencial arendtiano
Rodrigo Pinheiro Silveira; Bruno Pereira Stelet; Roseni Pinheiro

127 Contribuições da medicina antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica
Leandro David Wenceslau; Ferdinand Röhr; Charles Dalcanale Tesser

139 Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde
Carina Camilo Lima; Soemis Martinez Guzman; Maria Auxiliadora Craice De Benedetto; Dante Marcello Claramonte Gallian

151 O estágio curricular como práxis pedagógica: representações sociais acerca da criança com deficiência físico-motora entre estudantes de Fisioterapia
Leandro Dias de Araujo; Ana Lucia de Souza Freire Santos; Adriano Rosa; Marta Corrêa Gomes

165 A dissecação como ferramenta pedagógica no ensino da Anatomia em Portugal
Carlos Marques Pontinha; Cristina Soeiro

espaço aberto

177 Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo
Daniela Gomes dos Santos Biscarde; Marcos Pereira-Santos; Lília Bittencourt Silva

187 Conversas sobre *formarfazer* a nutrição: as vivências e percursos da Liga de Segurança Alimentar e Nutricional
Olívia Maria Oliveira Schneider; Alden dos Santos Neves

197 O uso do diário como dispositivo cartográfico na formação em Odontologia
Eliane Teixeira Leite Flores; Diogo Onofre Gomes de Souza

211 livros

213 teses

217 notas breves

criação

221 Sobre processos de apropriação e intersecção em imagens
Cintia Ribas

237 A arte da sobrevivência ou sobre a vivência da arte
Carla Regina Silva; Letícia Eduardo Carraro

interface
comunicação saúde educação
2014; 18(48) ISSN 1807-5762

6 presentation

articles

9 Global health: an analysis of the relations between the processes of globalization and the use of health indicators
Gustavo Corrêa Matta; Arlinda Barbosa Moreno

23 Government of the public: physician-patient relationship within medical expert advice for social security
Maria da Penha Pereira de Melo

37 Access to emergency contraception as a right? The arguments of the International Consortium for Emergency Contraception
Luíza Lena Bastos; Miriam Ventura; Elaine Reis Brandão

47 The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary care service
Luana Rodrigues de Almeida; Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva; Liliane dos Santos Machado

61 "I went to the health unit and the doctor sent me here": process of medicationalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care
Indara Cavalcante Bezerra; Maria Salete Bessa Jorge; Ana Paula Soares Gondim; Leilson Lira de Lima; Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

75 Users' perceptions of outpatient physiotherapy in the public healthcare system in Campo Grande (MS, Brazil): problem-solving capacity and difficulties
Mariana Antunes da Silva; Mara Lisiane de Moraes dos Santos; Laís Alves de Souza Bonilha

87 Brazilian popular music in constructing public health knowledge: the topic of work process and health
José Augusto Pina

101 Quality of life of deaf people who communicate in sign language: integrative review
Neuma Chaveiro; Soraya Bianca Reis Duarte; Adriana Ribeiro de Freitas; Maria Alves Barbosa; Celmo Celeno Porto; Marcelo Pio de Almeida Fleck

115 Crisis in medical education? An essay on Arendt's reference framework
Rodrigo Pinheiro Silveira; Bruno Pereira Stelet; Roseni Pinheiro

127 Contributions of anthroposophic medicine to integrality in medical education: a hermeneutic approach
Leandro David Wenceslau; Ferdinand Röhr; Charles Dalcanale Tesser

139 Humanities and humanization in healthcare: the literature as a humanizing element for health science undergraduates
Carina Camilo Lima; Soemis Martinez Guzman; Maria Auxiliadora Craice De Benedetto; Dante Marcello Claramonte Gallian

151 The curriculum internship as pedagogical praxis: social representations regarding children with physical motor deficiency among physiotherapy students
Leandro Dias de Araujo; Ana Lucia de Souza Freire Santos; Adriano Rosa; Marta Corrêa Gomes

165 Dissection as a pedagogical tool in anatomy teaching in Portugal
Carlos Marques Pontinha; Cristina Soeiro

open space

177 Healthcare training, university extension and the National Health System (SUS): necessary connections between knowledge and intervention centered on reality and repercussions within the educational process
Daniela Gomes dos Santos Biscarde; Marcos Pereira-Santos; Lília Bittencourt Silva

187 Conversations about *buildingforming* nutrition: the experiences and paths of food and nutrition security
Olívia Maria Oliveira Schneider; Alden dos Santos Neves

197 Using the diary as device cartographic in graduation of Dentistry
Eliane Teixeira Leite Flores; Diogo Onofre Gomes de Souza

211 books

213 theses

217 brief notes

creation

221 On processes of appropriation and intersection in images
Cintia Ribas

237 The art of survival or about experience of art
Carla Regina Silva; Letícia Eduardo Carraro

DOI: 10.1590/1807-57622014.0125

Os autores que colaboram neste fascículo 48, o primeiro de 2014, trabalham com as seguintes temáticas: políticas de Saúde, biopolítica, relação médico-paciente, saúde reprodutiva, violência de gênero, atenção primária, saúde mental, medicamentalização, trabalho e saúde, prática profissional em saúde, formação em saúde, Sistema Único de Saúde e processos criativos.

As políticas de saúde no âmbito da saúde global são tema do artigo de Gustavo Matta e Arlinda Moreno, tendo, como referência, a obra de Boaventura Santos. Destaca a disputa política e epistemológica nas relações entre globalização e saúde, e o uso retórico de indicadores de saúde globais para a construção de políticas para países pobres e em desenvolvimento.

A biopolítica e a relação médico-paciente são objeto de uma pesquisa fundamentada na filosofia política de Michel Foucault, analisando registros de reclamações sobre o trabalho médico pericial, da Ouvidoria da Previdência Social. Para Maria da Penha Pereira de Melo, discutir previdência significa clarificar seus pressupostos de seguridade social.

A saúde reprodutiva e a sexualidade são temas de uma reflexão de Luiza Bastos, Miriam Ventura e Elaine Brandão sobre alguns elementos discursivos apresentados pelo Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC), em seu *website,* visando expandir o acesso à contracepção de emergência.

Em estudo analisando as práticas profissionais na atenção à saúde da mulher em situação de violência, Luana Almeida, Ana Teresa Silva e Liliane Machado evidenciam a invisibilidade da violência no serviço e o desconhecimento da categoria gênero e sua complexidade.

A necessidade de ações desmedicalizantes é apontada por Indara Bezerra, Maria Jorge, Mardênia Vasconcelos, Leilson Lima e Ana Gondim, em um trabalho que busca compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na Atenção Primária, a partir das experiências de profissionais, usuários e familiares. A prática de profissionais de saúde também é focalizada em outro artigo do fascículo, de Mariana Silva, Laís Souza e Mara Santos, que analisa a percepção de usuários dos serviços de fisioterapia ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a resolutividade da atenção e barreiras enfrentadas.

Em artigo envolvendo música popular brasileira, José Pina destaca temas relativos à temática da Saúde e Trabalho, especialmente no samba. O autor ressalta o manancial da canção popular proporcionando conteúdos sobre múltiplas dimensões do processo de trabalho e de saúde-doença dos trabalhadores e a dimensão coletiva e histórica da luta pelo direito à saúde.

Saúde e qualidade de vida é o tema de um trabalho de revisão integrativa, de Neuma Chaveiro e colaboradores, focalizando a saúde de surdos, cujos resultados indicam que a surdez tem um impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde desses indivíduos.

A temática da formação de profissionais de saúde comparece em vários artigos do fascículo, entre eles: um ensaio sobre a prática médica e sua formação, à luz do pensamento de Hannah Arendt, de Rodrigo Silveira, Bruno Stelet e Roseni Pinheiro, e um artigo sobre as possíveis contribuições da obra do fundador da Medicina Antroposófica, Rudolf Steiner, à integralidade na educação médica, desenvolvido por Leandro Wenceslau, Ferdinand Röhr e Charles Tesser. Outros artigos do fascículo focalizam aspectos específicos de currículos de cursos de formação de profissionais de saúde, em trabalhos de revisão, de pesquisa e de relato de experiências sobre a prática da formação em saúde.

O fascículo ainda inclui: a resenha do livro Humanização e Humanidades em Medicina, de Izabel Cristina Rios e Lilia Schraiber, elaborada por André Mota; o resumo de duas teses sobre Saúde da Família, e, na seção Notas breves, Simone Diniz analisa o documentário *Renascimento do parto,* que bateu o recorde de *crowdfunding* mais rápido no Brasil. Respondendo à indagação posta no título do artigo – "O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso" –, a autora afirma que um filme sobre "direito à escolha" no parto tem tudo a ver com o SUS, justificando essa afirmação.

Finalizando esta edição, a seção de Criação inclui o projeto de extensão universitária de Carla Silva "*Talentos Juvenis do Gonzaga*", desenvolvido por meio de oficinas de atividades, dinâmicas e propostas artístico-culturais, e o ensaio de fotos da fotógrafa Cintia Ribas "Sobre processos de apropriação e intersecção em imagens". A partir deste fascículo, Cintia fará parte da nossa equipe de Criação, colaborando no trabalho com as imagens e sua finalização para o *website* da revista, agora, exclusivamente, em versão *online*, fortalecendo ainda mais essa seção e sua proposição.

Miriam Foresti
editora

DOI: 10.1590/1807-57622014.0126

The authors who contributed to issue 48, the first of 2014, worked on the following topics: healthcare policies, biopolitics, doctor-patient relationships, reproductive health, gender violence, primary care, mental health, medicationalization, work and health, professional healthcare practice, healthcare training, Brazilian National Health System and creative processes.

Healthcare policies within the sphere of overall health are the topic of a paper by Gustavo Matta and Arlinda Moreno, which takes the reference point of the works of Boaventura Santos. This paper highlights the political and epistemological discussion regarding the relationships between globalization and health and the rhetorical use of global health indicators for constructing policies for poor and developing countries.

Biopolitics and the doctor-patient relationship are the subject of an investigation grounded in the political philosophy of Michel Foucault, in which the records of complaints relating to expert medical advice held by the Social Security Ombudsman's Office were analyzed. According to Maria da Penha Pereira de Melo, discussing social security means clarifying its security assumptions.

Reproductive health and sexuality are the topic of reflections by Luiza Bastos, Miriam Ventura and Elaine Brandão on some of the discursive elements presented by the International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) on its website, with the aim of expanding access to emergency contraception.

In a study analyzing professional healthcare practices relating to women exposed to situations of violence, Luana Almeida, Ana Teresa Silva and Liliane Machado demonstrate that in such services, violence lacks visibility and there is lack of awareness regarding the topic of gender and its complexity.

The need for actions towards demedicalization is pointed out by Indara Bezerra, Maria Jorge, Mardênia Vasconcelos, Leilson Lima and Ana Gondim, in a study that sought to understand how mental healthcare is being produced within primary care, from the experiences of professionals, users and family members. Healthcare professionals practices are also the focus of another paper in this issue, by Mariana Silva, Laís Souza and Mara Santos, in which the perceptions of users of outpatient physiotherapy services within the Brazilian National Health System (SUS) regarding the problem-solving capability of this care and the obstacles faced were analyzed.

In a paper making reference to Brazilian popular music, José Pina highlights topics relating to the topic of work and health, especially within samba. This author emphasizes that the wealth of popular songs provides content relating to the multiple dimensions of work and health-illness processes among workers and the collective and historical dimensions of the struggle for healthcare rights.

Health and quality of life is the topic of an integrative review study by Neuma Chaveiro and coworkers, which focuses on deaf people's health. The results from this study indicate that deafness has a negative impact on these individuals' health-related quality of life.

The topic of healthcare professionals' training appears in several papers in this issue, including: an essay on medical practice and training for this, in the light of the thinking of Hannah Arendt, by Rodrigo Silveira, Bruno Stelet and Roseni Pinheiro; and a paper on the possible contributions of the works of the founder of Anthroposophic Medicine, Rudolf Steiner, to comprehensiveness within medical education, which was developed by Leandro Wenceslau, Ferdinand Röhr and Charles Tesser. Other papers on this issue focus on specific aspects of the curricula of healthcare professionals' training courses, in a review study, a new investigation and a report on experiences relating to healthcare training practices.

This issue also includes a review of the book Humanização e Humanidades em Medicina (Humanization and Humanities in Medicine), by Izabel Cristina Rios and Lilia Schraiber, written by André Mota; the abstracts of two theses on Family Health; and, in the Brief Notes section, Simone Diniz analyzes the documentary *Renascimento do parto* (Rebirth of delivery), which broke the record for the fastest crowdfunding in Brazil. Answering the question posed in the title of this paper (The rebirth of delivery, and what the Brazilian National Health System has to do with this), the author states that a film about the "right to choose" with regard to delivery has everything to do with the national system, thus justifying this affirmation.

Lastly, the Creation section includes Carla Silva's university extension project "Young Talent of Gonzaga" , which was developed through dynamic activity workshops and artistic-cultural proposals; and the photographic essay "On processes of appropriation and intersection in images" by the photographer Cintia Ribas. Starting from this issue, Cintia will join our Creation team, to make contributions through images for publication on the journal's website (the journal now only has an online version), thereby further strengthening this section and its aims.

Miriam Foresti
Editor

DOI: 10.1590/1807-57622013.0230

Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde

Gustavo Corrêa Matta[a]
Arlinda Barbosa Moreno[b]

Matta GC, Moreno AB. Global health: an analysis of the relations between the processes of globalization and the use of health indicators. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):9-22.

The objective of this paper is to discuss the construction of Global Health, identifying its political and epistemological uses. The rhetorical use of global health indicators and their relations to globalization processes are treated here as analyzers. A bibliographic and documentary research on the subject was performed. The analysis has a critical and constructionist perspective about knowledge production and globalization processes in health, and it is based on the work of the sociologist Boaventura Santos. In spite of the use of the adjective 'global', the study highlights the epistemological and political dispute that is in progress in the relations between globalization and health, and the rhetorical use of global health indicators for the construction of policies for poor and developing countries. It is considered that this strategy aims to influence national healthcare systems in a cross-cultural and colonizing perspective that extinguishes local knowledge and traditions, as well as local modes of subjectivity.

Keywords: World health. Health policy. Globalization. Health indicators.

O objetivo do trabalho é discutir a construção da chamada saúde global, identificando seus usos políticos e epistemológicos. O uso retórico dos indicadores de saúde globais e suas relações com os processos de globalização são tratados como analisadores. Realizou-se pesquisa bibliográfica e documental, cuja análise partiu de uma perspectiva crítica e construcionista da produção de conhecimento e dos processos de globalização na saúde, tendo como referência a obra do sociólogo Boaventura Santos. Apesar do uso do adjetivo global, o trabalho destacou a disputa política e epistemológica em curso nas relações entre globalização e saúde, e o uso retórico de indicadores de saúde globais para a construção de políticas para países pobres e em desenvolvimento. Considerou-se que esta estratégia visa influenciar sistemas nacionais de saúde numa perspectiva transcultural e colonizadora, apagando os saberes, as tradições e modos de subjetivação locais.

Palavras-chave: Saúde global. Política de saúde. Globalização. Indicadores de saúde.

[a] Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 716, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210. gcmatta@ensp.fiocruz.br
[b] Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. morenoar@fiocruz.br

Introdução

Na última década, saúde global tem sido descrita como uma noção, um conceito, uma política e uma abordagem apropriada, pela academia, por governos e agências internacionais, por epidemiologistas, por militantes da saúde, entre outros, para indicar uma arena (ou, mesmo, um modo de relação político-social) em desenvolvimento[1].

Atualmente, vários são os olhares, os sentidos e os usos do termo saúde global. Partimos de uma perspectiva construcionista da produção do conhecimento e dos processos de globalização em saúde, com base nos trabalhos do sociólogo português Boaventura de Sousa Santos sobre tais processos no mundo contemporâneo.

Defende-se a tese de que há disputas históricas, políticas e epistemológicas em curso nas relações entre globalização e saúde na atualidade. Entre elas, as estratégias de formulação de políticas nesta arena têm sido pautadas pela construção de evidências científicas de caráter transcultural como critério de justificação e intervenção sobre os sistemas nacionais de saúde, sobretudo entre os países pobres e em desenvolvimento.

Este trabalho, que deriva de um conjunto de estudos voltados para o papel dos organismos internacionais nas políticas nacionais de saúde, especialmente as políticas de formação de trabalhadores para atenção primária em saúde[c], tem como objetivo discutir a construção da chamada saúde global identificando seus usos políticos e epistemológicos, bem como, analisar suas relações com os processos de globalização e o uso de indicadores em saúde.

Para tanto, foi realizada uma análise da literatura e de documentos internacionais, em especial a base de dados PUBMED e de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), tomando como objeto a temática da saúde global, seu histórico, definição e estratégias de intervenção na arena internacional.

[c] Projeto financiado pelo CNPQ - Inflexões dos Organismos Internacionais sobre a formação de trabalhadores de saúde: um estudo de caso sobre a Organização Mundial da Saúde (2009-2011).

Processos de globalização e produção de conhecimento

O fenômeno da globalização tem sido denominado, por muitos autores, de diversas formas, mas que, recorrentemente, evocam o adjetivo global em suas teorizações: sistema global, cultura global, processo global, saúde global, entre outros. Essa semântica se desenrola no entardecer do século XX e promete, como um destino inexorável, instaurar-se definitivamente no século XXI.

Não partiremos de uma posição monolítica do conceito de globalização. Seguiremos as trilhas abertas pelo sociólogo português Boaventura de Sousa Santos[2], para discutir alguns temas que servirão de argumentos críticos em nosso trabalho.

> Uma revisão dos estudos sobre os processos de globalização mostra-nos que estamos perante um fenômeno multifacetado com dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas interligadas de modo complexo. Por esta razão, as explicações monocausais e as interpretações monolíticas deste fenômeno parecem pouco adequadas[2].

Com a intensificação dos fluxos internacionais na indústria, no comércio e na cultura, o surgimento de empresas e de organizações transnacionais que detêm a maior parte dos investimentos financeiros no mundo, o desenvolvimento e a disseminação das tecnologias de informação e de comunicação, o aumento do

fluxo de pessoas e mercadorias nos cinco continentes, além do surgimento de novas e precárias formas de organização do trabalho, a redução do papel do Estado-Nação e bem-estar social foram perdendo seus contornos, e novas formas de gestão da política-econômica internacional foram desenvolvidas no contexto capitalista contemporâneo.

A globalização, em seu registro econômico, segundo Santos[2] e Fiori,[3] tem seu marco político no final da década de 1980, durante o Consenso de Washington, do qual faziam parte instituições financeiras de ajuda internacional americanas, como: o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Neste documento, uma série de prescrições foi realizada para a reestruturação econômica da América Latina. O ajuste estrutural monetário era o principal objetivo que devia ser alcançado através: de ajustes fiscais, da redução do papel do Estado na economia, da privatização dos serviços públicos, da liberalização dos investimentos estrangeiros, do direito à propriedade e da redução dos investimentos nas políticas sociais.

Para Santos[2], essa é a parte mais consensual e hegemônica do fenômeno da globalização. Mas como os processos de globalização não são convergentes e nem se apresentam apenas em sua face econômica, há movimentos, ou, para alguns autores como Castells[4], repercussões culturais e sociais que são percebidas como efeitos colaterais da globalização econômica.

A aceleração do capitalismo globalizado através de investimentos e de ajustes estruturais nas políticas econômicas dos países periféricos produziu, também, o aumento, em escala jamais vista, da desigualdade econômica e social no mundo. Diversos dados apontam para o fosso existente entre os países mais ricos e a progressiva dessocialização da economia nos países mais pobres.

Esses dados fazem da globalização um fenômeno complexo, sujeito a múltiplos atravessamentos, resistências e processos que vão desde a universalização de políticas, comportamentos e discursos até o reconhecimento das particularidades e singularidades de diversas culturas e etnias.

Boaventura Santos[2] aponta para três tipos de globalização: a econômica, a política e a cultural. A primeira, já tratada anteriormente, diz respeito à nova ordem econômica mundial, onde os fluxos de capitais e investimentos não obedecem a limites nacionais ou geográficos e são controlados por empresas transnacionais que, através de seus movimentos de injeção ou retirada de investimentos, afetam profundamente a economia dos Estados-Nacionais.

A globalização política, que redefine inteiramente o papel do Estado na regulação econômica e na provisão de políticas sociais, desestatizando instituições, cultua o ideário político da democracia liberal, enxugando as ações do Estado e reestruturando as formas jurídicas para a abertura ao capital estrangeiro e o direito à propriedade.

A globalização cultural é descrita como uma promessa do surgimento de uma cultura global, fundada na universalização de crenças, valores e comportamentos, que seriam potencializados pelo desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação, entre elas a televisão e a internet, e o crescente fluxo migratório de pessoas em todo o mundo, uniformizando o vestuário, a alimentação e as formas de entretenimento. A ciência tem sido uma das formas mais intensas de globalização do conhecimento e das subjetividades, expandindo-se pelo mundo como uma expressão moderna e iluminista da verdade. Neste sentido, o mundo globalizado teria como uma de suas bases retóricas o regime da verdade:

> [...] um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados [...] circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apóiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. Regime da verdade.[5]

Boaventura[2] parte da crítica à existência de uma única globalização, sendo ela marcada pelos mecanismos de poder econômico e político do paradigma neoliberal. A maioria dos autores vê uma globalização que se impõe ao mundo e às formas de luta contra ela.

Este fenômeno apresenta contradições, disjunções e formas de organização social tão diversas que vão desde a dicotomia entre local e global até as contradições a respeito do papel do Estado-Nação na adesão/resistência à globalização.

Neste sentido, identificam-se movimentos de globalização hegemônicos e contra-hegemônicos partindo de processos, ao mesmo tempo, distintos e contraditórios.

Na globalização hegemônica, a ciência tem um papel fundamental na justificação e instrumentalização dos dispositivos globais. Ou seja, formas de universalização de conceitos, procedimentos, políticas e comportamentos.

Nos últimos anos, Boaventura Santos[2] desenvolveu conceitos que corroboram a imbricação entre epistemologia e política, tendo em vista as estratégias de colonização dos saberes e práticas do ocidente sobre o mundo em desenvolvimento. Este processo de colonização gerou o silenciamento dos saberes não reconhecidos como válidos pelo pensamento hegemônico, traço característico da racionalidade científica moderna. Esta separação entre os conhecimentos considerados válidos numa tradição paradigmática dominante e a expressão de conhecimentos construídos em outras tradições, Boaventura denominou linha abissal. De um lado, o pensamento abissal da ciência moderna, de outro, os saberes, práticas e culturas de diversas tradições tratadas como inexistentes, irrelevantes e incompreensíveis. Com a globalização hegemônica, este movimento se radicaliza, capilarizando sua influência em diversos países e culturas, desterritorializando-os.

Em resposta ao pensamento abissal do ocidente desenvolvido, Boaventura Santos[6] propõe uma ecologia dos saberes como uma defesa da diversidade epistemológica do mundo, reconhecendo suas tradições, suas culturas e suas possibilidades de tradução.

> Como ecologia dos saberes, o pensamento pós-abissal tem como premissa a idéia da diversidade epistemológica do mundo, o reconhecimento da existência de uma pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico. Isto implica em renunciar a qualquer epistemologia geral.[6]

Neste sentido, as tensões entre o global e o local têm privilegiado políticas em perspectiva transcultural, promovendo um apagamento das culturas, saberes e práticas locais. Estas distinções são fundamentais para que se compreendam as relações entre globalização e saúde e, mais profundamente, as relações entre ciência, políticas globais e saúde.

Saúde global: disputa na arena internacional

Como descrevemos em outros trabalhos[1,7], a definição de Saúde Global permanece em disputa entre os diversos atores e instituições que defendem seu uso acadêmico e político, apresentando diversas definições atreladas às novas necessidades de saúde em todo o planeta, bem como ao entendimento de que essas necessidades e soluções constituem um desafio comum a todos os países.

Entendemos, com base em outros autores[8,9], que saúde global é um construto social do campo científico[(d)] e político em busca de estabilidade para impor-se como um novo paradigma na arena político-sanitária internacional.

Destacaremos algumas definições encontradas em nossas pesquisas e que representam algumas posições político-epistemológicas a respeito do tema.

Em recente artigo publicado em um periódico de grande circulação internacional, Szlezák et al.[11] definiram Saúde Global como um sistema, uma constelação de comunidades, países, organizações governamentais e não governamentais, instituições lucrativas e não lucrativas. A concepção desse sistema pressupõe harmonia, estabilidade e incremento da justiça social e sanitária para

[(d)] Entendemos o conceito de campo científico, conforme Bourdieu[10], como uma forma de produção e relação social na busca por reconhecimento, recursos e pelo monopólio do conhecimento.

responder às necessidades de saúde global. Entre elas, prevenção de doenças, equidade no acesso aos serviços de saúde, e provisão de proteção à saúde a todas as pessoas e populações.

A entrada de outros atores institucionais, independentes de instituições tradicionais de apoio e gestão de saúde nacional e internacional, como os ministérios da saúde e como a OMS, tem ampliado as regras e os objetivos das cooperações internacionais, além de produzir arranjos financeiros independentes. Um exemplo desse realinhamento de recursos pode ser encontrado no investimento da Fundação Bill e Melinda Gates nos programas de saúde no ano de 2007, que se iguala ao orçamento anual da OMS naquele ano, cerca de três bilhões de dólares[11].

Neste sentido, Saúde Global identificaria um novo arranjo entre atores, Estados-Nacionais e saúde, impulsionado pela produção de "novas necessidades de saúde", novos atores independentes e novos padrões de regulação e intervenção do Estado.

Entre as necessidades de saúde, seguindo o "exemplo" da redução da mortalidade infantil em todo o mundo, iniciativas para reduzir e controlar outras doenças e riscos à saúde têm sido encorajadas, tais como: doenças não transmissíveis, como câncer, diabetes e transtornos neuropsiquiátricos, bem como a continuidade do acompanhamento de doenças transmissíveis, como a aids, a tuberculose e a influenza. Neste sentido, a globalização econômica colocou um conjunto de desafios para a instituição de novos marcos regulatórios no comércio de bens e serviços em saúde, gerando novos investimentos e influência sobre os estados nacionais. Outro elemento importante para a delimitação das necessidades de saúde globais tem sido a mudança climática e suas repercussões sobre vetores de doenças e seus impactos sobre a segurança alimentar, a água, os desastres ambientais e o crescimento das migrações populacionais.

Em outra perspectiva, Frenk[12] afirma que a saúde possui três atributos com repercussões globais: um elemento-chave para o desenvolvimento econômico sustentável; como segurança global, governança efetiva e promoção de direitos humanos; e fluxo de fundos financeiros que envolvem o setor saúde. A saúde global seria uma estratégia de fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, elemento central para o desenvolvimento do sistema global de saúde e uma estratégia fundamental para o cumprimento dos Objetivos do Milênio[e] relacionados à saúde. Isto é, a construção de um sistema global de saúde depende do alinhamento dos sistemas nacionais de saúde, a partir do fortalecimento dos atributos destacados.

Segundo Koplan et al.,[13] "o global na saúde global se refere ao escopo dos problemas, não à sua localização". Portanto há necessidade da construção de um critério para localizar as prioridades em saúde global como, por exemplo, a construção de indicadores como os de carga global de doença.

Para além do seu uso retórico, o fenômeno político saúde global representa a construção de uma nova agenda para a saúde do mundo. As lutas e as discussões sobre política de saúde internacional deixam o território geográfico de países e regiões, e procuram impor uma "transterritorialidade" às demandas, às avaliações e aos procedimentos. Discussões sobre atenção primária, controle de doenças, avaliação de sistemas de saúde passam a constituir um painel para planejamento e ações globais, baseado na interdependência econômica e tecnológica dos estados-nacionais.

O título de um relatório do Instituto das Academias Nacionais de Medicina dos Estados Unidos ilustra bem os usos que essa noção incita na construção de oportunidades e estratégias no cenário sanitário hegemônico: "Os interesses vitais da América na Saúde Global: Protegendo nosso povo, fortalecendo nossa economia e propagando nossos interesses internacionais"[14].

Neste relatório, a globalização é descrita ao mesmo tempo como uma ameaça para o povo americano, derivada da expansão dos fluxos migratórios internacionais

[e] Em 2000, a ONU – Organização das Nações Unidas, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito objetivos do milênio – ODM, que, no Brasil, são chamados de oito jeitos de mudar o mundo, são eles: acabar com a fome e a miséria; educação básica de qualidade para todos; igualdade entre sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a aids, a malária e outras doenças; qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento. (http://www.objetivosdomilenio.org.br/objetivos/)

que podem deflagrar doenças de alto poder epidêmico, e como uma oportunidade de expandir comercialmente e cientificamente a influência americana sobre as tecnologias de saúde globais.

Saúde global apresenta, também, contradições próprias da complexidade dos processos de globalização. Ou seja, por um lado, apresenta sua face hegemônica e, por outro, uma posição de luta contra-hegemônica partindo da capacidade de novas estratégias políticas e emancipatórias.

Em outra parte do globo, em Bangladesh, teve lugar a I Assembléia da Saúde dos Povos em 2000, organizada a partir de um movimento popular, o *People's Health Movimement*, do qual fazem parte representantes de países em desenvolvimento, de organizações não governamentais e de associações de profissionais de saúde que reivindicam: uma ação ampla de atenção primária em todo o mundo, maior participação popular nas tomadas de decisão sobre saúde, a saúde pública e gratuita a todos os povos, e a monitoração das atividades de empresas e organizações transnacionais no mercado e nas políticas de saúde[15].

Essas e outras iniciativas demonstram claramente o caráter plural da saúde global, que qualquer definição apressada reduziria à diversidade dos interesses e das lutas que estão em jogo nas políticas de saúde global.

Neste sentido, diversos interesses estão em jogo no cenário sanitário internacional: desde o problema da propriedade de patentes até a expansão de grandes companhias de seguros-saúde privados nos países em desenvolvimento. A ampliação e a proteção mútua de grandes interesses econômicos internacionais lutam em bloco para influir nos modelos nacionais de saúde.

Essas e outras iniciativas têm como objetivo central orientar e influir nos sistemas nacionais de saúde, sobretudo mediante ferramentas de informação e de comunicação, para reunir dados sobre saúde em todo o mundo e organizar protocolos internacionais e locais para atender as demandas dos diversos países.

> O Conselho trabalha para assegurar que todos aqueles que lutam para a melhoria e equidade em saúde global tenham as informações e os recursos necessários para prosperar.[16]

Saúde global, portanto, indica a construção de novas estratégias – políticas e epistemológicas – de gerenciar, negociar e ofertar ideias na arena internacional, excluindo a dimensão dos estados-nacionais ao impor a interdependência dos mesmos a partir dos imperativos das necessidades "globais". Nesse novo tipo de negociação, os sistemas de saúde, os indicadores e informações que estes propiciam, o meio ambiente, a capacitação para o trabalho em saúde, o acesso a serviços e a insumos, e outros itens são como "produtos" voltados para a expansão da economia e dos mercados, para as estratégias de defesa nacionais contra as epidemias que povoam os países pobres e ameaçam a expansão das indústrias da saúde e a segurança do mundo desenvolvido.

Na tentativa de organizar alguns usos da saúde global na literatura investigada, identificamos três de seus sentidos predominantes nas formas de globalização hegemônica, presentes nas estratégias políticas de organismos internacionais:

1 Um sistema transnacional de saúde, que identifica necessidades/prioridades em saúde, dispõe de um conjunto de atores e investidores independentes para ajudar e fortalecer os sistemas nacionais de saúde;

2 Um novo marco regulatório nas relações entre mercado e saúde, envolvendo bens, insumos e serviços de saúde;

3 A identificação de problemas de saúde, independente de sua localização territorial/nacional, que devem ser avaliados de forma transnacional, por meio da construção/aplicação de indicadores demográficos, econômicos e epidemiológicos.

Este último sentido de saúde global será desenvolvido por meio de uma análise da construção e do uso dos indicadores de saúde transnacionais, tendo em vista a estratégia retórica[f] para oferta de ideias[18] que tem, inclusive, conduzido à formulação de políticas baseadas em evidências.

Indicadores de saúde global: da indicação à determinação

Defendemos que o termo indicador pode ser definido como uma medida-síntese produzida a partir de informações capturadas em sistemas de informações em saúde (em geral, informatizados), e que estes têm como finalidade: promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação de ações estratégicas em saúde ao longo do tempo, bem como avaliar e fornecer novas informações sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e, também, sobre a performance dos sistemas de saúde como um todo.

Na literatura, encontram-se, comumente, duas formas de referência aos indicadores de saúde produzidos: quanto à finalidade (indicadores de eficiência, de eficácia e de efetividade) e quanto ao conteúdo (demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos, cobertura etc.). É fato que, com esta abrangência, dada a sedução reducionista de homogeneização, bem como seu uso na política, essa categorização imputa, aos indicadores, um grande poder de utilidade e resolutividade para diversas questões da saúde.

Mas, não é possível abrir mão do fato de que estes são uma indicação, e não uma determinação. No Brasil, segundo a Ripsa – Rede Interagencial de Informação para a Saúde, um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde[19]. Porém, é importante, desde já, enfatizar, uma vez mais, que indicar não é determinar, e que tampouco evidência significa, exclusivamente, verdade. Aliás, para este segundo termo, vale lembrar que um de seus significados é, justamente, indício, indicação da existência de algo.

Fleming et al.[20], apesar de coadunados com a ideia de que os indicadores em saúde se propõem à produção de evidências – ou, em seu uso retórico, "produção de verdades" –, ao tratarem da contribuição que os cuidados primários em saúde promovem para o monitoramento de redes de práticas sentinelas, aproximando a possibilidade de detecção de desigualdades em saúde por meio do uso de indicadores relacionados aos objetivos desenhados na Agenda 21[g], ainda assim (cuidadosamente) ressaltam que:

> Enfocar questões relacionadas às iniquidades em saúde, garantia da qualidade em cuidados primários e políticas baseadas em evidências para intervenções em saúde, envolve obter **informações apropriadas** para quantificar essas questões.[20] [grifo nosso]

Deckers et al.[21] assinalam, de maneira enfática, o uso de indicadores na atenção primária à saúde, destacando a saúde como a maior preocupação de autoridades e de governos nacionais, bem como as várias fontes de dados que podem trazer à baila as condições de saúde e de doença da população. Mas, não deixam de assinalar, também, que é compreensível que ocorra não só a inexistência de fontes de dados, como, também, limitações e especificidades nas fontes existentes.

De forma semelhante, Murnaghan[22] assinala a importância dos indicadores em saúde para a consecução de estudos transculturais, muito utilizados nas políticas e pesquisas de saúde global:

> ... indicadores de saúde são uma maneira excelente de promover comparabilidade estatística dentro e entre sistemas de cuidados em saúde. **Sem alguma consistência e padronização em muitas**

[f] Temos utilizado em nossas pesquisas a perspectiva aberta por Chaim Perelman[17] sobre a teoria da argumentação, ou Nova Retórica, para analisar políticas através da identificação das estratégias de argumentação empreendidas pelos atores sociais e institucionais presentes em documentos, discursos e outros materiais. Boaventura Santos[2,6] também tem se utilizado destas contribuições para discutir a produção e difusão do conhecimento científico.

[g] Agenda 21 é um plano de ação abrangente, para ser executado de forma global, nacional e local por organizações pertencentes às Nações Unidas, governantes e grupos influentes, em cada área na qual a ação humana impacte o meio ambiente. (http://www.un.org/esa/dsd/agenda21/)

> **ferramentas básicas de mensuração, não há como examinar diferenças e similaridades e saber se ocorreram ou não mudanças**.[22] [grifo nosso]

Observe-se, também, que os indicadores são resultado da composição de um conjunto de dados que foram coletados em algum momento e que são partes integrantes do mesmo. O que se quer ressaltar com essa afirmativa que parece óbvia é que, para que se componha um determinado indicador, em boa parte das vezes, há que se ter, pelo menos, dois conjuntos de dados (variáveis) válidos e consistentes.

Dessa maneira, cabe ressaltar as inúmeras diferenças que podem ocorrer na forma como conceitos – aparentemente corriqueiros – são definidos e mensurados em diferentes países, regiões ou contextos. Ou, em outras palavras, lembrar que as concepções, mensurações e/ou coletas de dados, nos mais variados lugares e espaços, não se realizam de maneira padronizada, havendo não só diferenças entre regiões de um mesmo país, como também, e sobretudo, entre países. Aliás, deve-se questionar, de forma pragmática, não só estes aspectos como também a pertinência, utilidade e custos envolvidos na coleta de determinados dados em nível nacional. Afinal, isto inclui investimento e *expertise* por parte dos governos e gestores de saúde em todo o mundo, além de responder às perguntas formuladas localmente, e não globalmente.

Como se não bastassem todas essas observações em relação à construção desses indicadores, não é possível deixar de lado o ferramental envolvido na composição dessas bases de dados em saúde. Para sermos econômicos, destaque-se, minimamente, a extremamente comum incompatibilidade entre sistemas informatizados (e *softwares*) utilizados na migração de dados (ausência de interoperabilidade), bem como as diferenças de formatação das variáveis utilizadas em cada uma das bases.

Por todo o exposto, parece que a ampliação do uso de indicadores de saúde ao redor do mundo é inexorável. Todavia, também é visível a mensagem subjacente que acima se destacou: esses indicadores devem ter como premissas básicas, minimamente, comparabilidade e consistência. E são inúmeras as dificuldades elencadas para a consecução da captura/produção destes de forma transcultural.

A despeito de todas as considerações acima delineadas, são incontestes os esforços realizados para a composição, estruturação e delineamento de Indicadores de Saúde Globais, induzidos, portanto, pelos processos de globalização.

Estes esforços, dependentes de premissas que exigem alto grau de confiança nos aspectos acima relacionados, todavia, parecem primar muito mais pela cientificação, através de suas assertivas, achados e determinações, do que pelo acúmulo e complementaridade entre diversos saberes. Por exemplo, achados de experiências localizadas ou de *surveys* isolados raramente são utilizados como base de apoio para a gestão em saúde ou, mesmo, para a promoção (ou formulação) de políticas.

Interessante mencionar que não se trata aqui de desconstruir ou demonizar o uso de indicadores de saúde. Mas, isto sim, de alertar para a possibilidade de incorporação, nesta arena da saúde, de diversos outros saberes e experiências legítimos e de igual magnitude e importância.

Para se ter, em continuidade, uma ideia do que se quer aqui mencionar como confiança absoluta no que os indicadores determinam (ao invés de indicar), destaque-se o conjunto de características elencadas por Larson e Mercer[23], para selecionar indicadores de saúde globais:

> a) Quanto à definição: O indicador deve ser bem definido, e a definição deve ser uniformemente aplicada internacionalmente.
> b) Quanto à validade: O indicador deve ser válido (deve realmente medir aquilo a que se propôs medir), ter confiabilidade (ser replicável e consistente entre os cenários) e facilmente interpretável.
> c) Quanto à viabilidade: A reunião das informações necessárias deve ser tecnologicamente viável e acessível, e não deve sobrecarregar o sistema.
> d) Quanto à utilidade: O indicador deve fornecer informações que sejam úteis para os gestores e que possam ser colocadas em prática em diversos níveis (local, nacional e internacional).

Esses autores destacam, também, que os indicadores de saúde globais utilizados nos países em desenvolvimento estão voltados, em sua maioria, para morbidade e mortalidade ou fatores de risco para ambos, enquanto, nos países desenvolvidos, a maior parte deles reflete estilos de vida e do comportamento individual, tais como: o exercício físico, tabagismo, dieta, substância e abuso de álcool ou de substâncias nocivas à saúde.

Isto delineia, de modo bastante contundente, a forma como a apropriação dos indicadores como "determinantes" na tomada de decisão para o desenho de modelos de gestão ou para a formulação de políticas ou, mesmo, para a elaboração de sistemas nacionais de saúde é frágil.

Neste ponto, vale destacar a observação feita na contracapa do "World Health Statistics 2011 – Indicator Compendium", publicação que reúne as diretrizes metodológicas para a composição de um elenco de mais de cem indicadores de saúde globais, disponível no site da OMS, cuja livre tradução é:

> Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Mundial de Saúde para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a Organização Mundial da Saúde será responsável por danos decorrentes de seu uso.[24]

Ou seja, parece que, mesmo organismos internacionais alinhados com uma forma de globalização hegemônica, expressam alguma ambiguidade em relação à utilização transnacional de indicadores.

E não são poucos os espaços onde se proliferam propostas de agregação de dados e de fornecimento de indicadores de saúde. Apenas para exemplificar alguns deles, tem-se: World Health Organization (WHO); Global Health Council; United Nations Children's Fund (UNICEF); US Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health; United Nations Development Programme (UNDP); Save the Children; e Statistics Canada.

Neste texto, vale destacar o Sistema de Informações Estatísticas da OMS – Organização Mundial da Saúde (WHOSIS), para que se tenha alguma ideia da abrangência que os organismos internacionais pretendem imputar aos indicadores de saúde globais. O WHOSIS, segundo o *site* da OMS, é uma base interativa que reúne estatísticas sanitárias básicas de seus 193 Estados Membros, e possui um elenco de mais de 100 indicadores que podem ser consultados de várias formas (busca rápida, por categorias, ou por critérios definidos pelos usuários). Além disso, os dados podem ser selecionados, visualizados graficamente ou baixados no computador do usuário[25].

Esse sistema foi incorporado ao *Global Health Observatory*[26], Observatório de Saúde Global da OMS, que tem como objetivo disponibilizar, aos usuários, dados, ferramentas, análises e relatórios sobre saúde global, sendo composto, basicamente, por: um repositório de dados, relatórios, estatísticas por países, galeria de mapas e padrões de registros de indicadores.

As justificativas da OMS para a inclusão de um indicador nas Estatísticas Mundial de Saúde são:

a) sua relevância para a saúde pública;
b) a qualidade e disponibilidade dos dados;
c) a confiabilidade e a comparabilidade das estimativas resultantes.

Dessa forma, o elenco de indicadores selecionados deve fornecer um sumário abrangente do estado atual de saúde e dos sistemas nacionais de saúde em nove áreas (expectativa de vida e mortalidade; morbidade e mortalidade por causas específicas; doenças infecciosas; cobertura dos serviços de saúde; fatores de risco; força de trabalho, infraestrutura e medicamentos essenciais; gastos em saúde; iniquidades em saúde; e estatísticas demográficas e econômicas)[27].

Vale, aqui, destacar mais uma advertência da OMS em relação aos dados que disponibiliza:

> Em muitos países, estatísticas e sistemas de informações são frágeis e dados empíricos ocultos podem não estar disponíveis ou serem de má qualidade. Muitos esforços tem sido feitos para assegurar o melhor uso possível de dados relatados por países, sendo necessários, por vezes, alguns ajustes para lidar com dados faltantes, corrigir vieses de conhecimento e maximizar a comparabilidade das estatísticas entre países ao longo do

> tempo. Além disso, técnicas e modelagens estatísticas têm sido utilizadas para preencher essas falhas.
>
> Por causa da fragilidade dos dados empíricos ocultos em muitos países, uma quantidade de indicadores está associada a uma significativa incerteza.[26]

De uma maneira geral, pode-se afirmar que advertências como estas acima não só denotam a incapacidade tecnológica atual para capturar e construir adequadamente indicadores de saúde globais, como, também, denunciam a intencionalidade dos organismos internacionais de influir na construção de saberes compartilhados, quando dispensam deliberadamente informações oriundas de dados empíricos – acima chamados de ocultos – mas que poderiam expressar experiências locais indispensáveis para a compreensão do estado de saúde de uma dada população.

A partir da criação destes indicadores, é posta em prática uma operação retórica na tentativa de persuadir a comunidade sanitária internacional e potenciais doadores, das demandas e necessidades de saúde no mundo. Neste sentido, o uso de gráficos, tabelas e mapas é fundamental como um dispositivo de avaliação e conformação de necessidades. O conhecimento científico é empregado em sua versão regulatória e colonizadora, num franco delineamento do pensamento abissal que identifica, de um lado, conhecimentos, indicadores, avaliações e ranqueamento de necessidades de saúde, perfis de trabalhadores e sistemas nacionais de saúde; e, de outro, as especifidades, os atores, as políticas locais e suas culturas, todas desterritorializadas, mensuradas e hierarquizadas, tomando como parâmetro o pensamento ocidental hegemônico.

O mapa a seguir exemplifica esse processo de construção epistemológico e político que se inicia na construção de indicadores e culmina na formulação de políticas de saúde global (Figura 1).

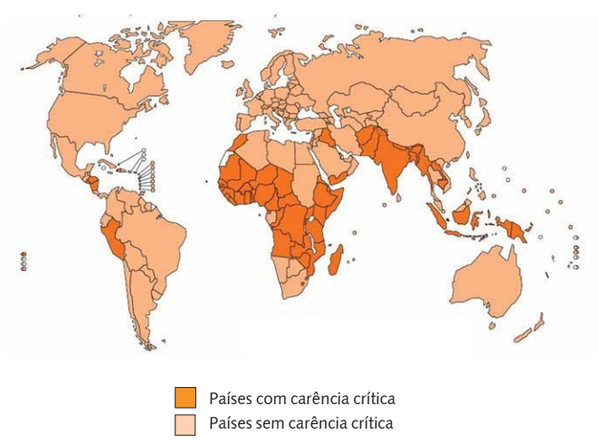


Figura 1. Países com carência crítica de provedores de saúde (médicos, enfermeira e parteiras)

Fonte: World Health Organization. Global Atlas of the Health Workforce (http://www.who.int/globalatlas/default.asp) WHO[28].

O mapa da Figura 1, que trata da distribuição da força de trabalho em saúde nos países a partir de um indicador de densidade, demonstra o alcance e a metodologia empreendida pelas propostas e políticas de saúde global. Utilizando o mapa do globo terrestre como um mapa de avaliação de necessidades – independente da abrangência dos sistemas de saúde (universais ou não), das composições e funções dos trabalhadores de saúde que visam dar respostas às necessidades de saúde, do alcance e do acesso do sistema, do regime público ou privado de trabalho – sugere-se um sistema homogêneo de distribuição de força de trabalho em saúde ao redor do mundo, identificando fragilidades e necessidades de investimento. Esta ilustração configura-se, assim, como um instrumento eficaz para a indução de ações homogeneizadas e políticas que consideram indicadores transculturais não alinhados às necessidade locais. Figuras como essa foram frequentemente encontradas nos documentos pesquisados para este trabalho, sendo típicas, portanto, das estratégias de argumentação escolhidas pelos organismos internacionais.

Não se trata de desmerecer o esforço de valoração do lugar dos trabalhadores nos sistemas nacionais de saúde, mas, diferentemente, identificar sua diversidade política, social, econômica e cultural, sem tratá-los como semelhantes. As medidas utilizadas em saúde global intentam produzir uma percepção de objetivos, meios e resultados comuns, pressupondo harmonia e ausência de conflitos, despolitizando suas formas de luta e inserção social, notadamente nas relações de trabalho e nas iniquidades sociais em saúde.

No caso do Brasil, por exemplo, todos os esforços investigativos locais apontam desigualdades e iniquidades na distribuição e conformação da força de trabalho em saúde, indicação esta que não pode ser capturada na figura em questão, uma vez que sua construção é fundamentada em perspectiva universalizante e transcultural[29].

Considerações finais

As contribuições de Boaventura de Sousa Santos[2,6] para o debate sobre a constituição e estratégias de legitimação da saúde global apontam a complexidade do processo em curso, envolvendo construção do conhecimento, política e direito à saúde.

Os diferentes usos da saúde global nas políticas de saúde internacionais tentam circunscrever um conjunto de necessidades/problemas de saúde que se impõem aos Estados-nacionais e que são intermediados pelo uso que recorre ao imaginário científico de indicadores transculturais. Esse processo reproduz as formas de globalização hegemônica, conforme descreve Boaventura Santos[2], como o registro da regulação, numa perspectiva colonizadora, silenciando os saberes, as tradições e os modos de subjetivação locais.

As estratégias de expansão tecnológica e científica objetivam desregulamentar os mercados e os mecanismos de proteção dos sistemas nacionais de saúde, abrindo espaço para os interesses e investimentos das indústrias farmacêuticas, dos planos de saúde e das diversas formas de parceria público-privadas que estão em jogo nas propostas de gestão e regulação nos países atualmente.

Parece claro, ao se pesquisarem os documentos e literatura dos organismos internacionais, como a OMS, que a pauta do direito à saúde é uma prioridade das políticas globais em saúde, mas, neste sentido, direito é sinônimo de acesso, no qual o papel dos estados-nacionais é regular e assegurar o acesso público ou privado às ações, serviços e insumos em saúde.

Temas paradigmáticos das reformas sanitárias dos anos 1970, que visavam à redução das desigualdades sociais em saúde, deixam o território das políticas de proteção social dos Estados-nacionais e surgem desterritorializadas no século XXI, através de políticas que devem promover a equidade em saúde, por meio de ações de monitoramento e controle de doenças no mundo.

O conhecimento abissal, descrito por Boaventura Santos[6], assume, na Saúde Global, matizes fortemente marcados pelo conhecimento biomédico ocidental e pelas estratégias de governo global esquadrinhadas por indicadores transculturais de saúde. Tanto na forma de construção desses indicadores quanto na sua apropriação retórica – pelas políticas de saúde global – há mecanismos que visam homogeneizar dados, metodologias e alcances que descaracterizam suas origens locais e especificidades territoriais.

A análise dos indicadores de saúde global parte de duas dimensões que, apesar de constituírem dispositivos associados politicamente, conformam comunidades epistêmicas e sociais distintas. Uma dirigida à comunidade de especialistas que compartilham valores, regras e tecnologias para a construção e legitimidade dos indicadores, e outra que parte do uso retórico/argumentativo que os organismos internacionais, governos e outras instituições e atores políticos utilizam para influir na adoção de políticas, programas e ações de saúde.

Não queremos, portanto, dizer que os indicadores são mera construção retórica, mas que seu uso tem também o objetivo de persuadir, mediar e intervir numa arena onde a disputa sobre a direcionalidade, o foco e o financiamento das políticas é muito intensa. Neste sentido, consideramos a construção e uso dos indicadores de saúde na política uma prática social onde sua suposta neutralidade é mais uma estratégia de persuadir as comunidades que trazem, em sua trajetória, os valores do imaginário técnico-científico da modernidade.

Estes processos trazem à tona a necessidade de responder aos imperativos globais, buscando identificar, nas singularidades das lutas nacionais, formas, modos e estratégias de tradução que possibilitem uma ecologia dos saberes, redescrevendo e atualizando as lutas populares pelo direito à saúde.

A produção compartilhada de conhecimento, o estabelecimento de redes de trabalhadores e usuários de sistemas de saúde, o compartilhamento de experiências fundadas na biomedicina e em outras tradições e formas de cuidado socialmente reconhecidas são iniciativas vigorosas para a construção de projetos de globalização contra-hegemônicos.

Para finalizar, a citação abaixo representa, de maneira clara, os desafios e a possibilidade de caminhos epistemológicos e políticos da saúde global:

> Na perspectiva das epistemologias abissais do Norte global, o policiamento das fronteiras do conhecimento relevante é de longe mais decisivo do que as discussões sobre diferenças internas. Como consequência, um epistemicídio maciço tem vindo a decorrer nos últimos cinco séculos, e uma riqueza imensa de experiências cognitivas tem vindo a ser desperdiçadas. Para recuperar algumas destas experiências, a ecologia de saberes recorre ao seu atributo pós-abissal mais característico, a tradução intercultural. Embebidas em diferentes culturas ocidentais e não-ocidentais, estas experiências não só usam linguagens diferentes, mas também distintas categorias, diferentes universos simbólicos e aspirações a uma vida melhor.[6]

Colaboradores

Os autores Gustavo Corrêa Matta e Arlinda Barbosa Moreno participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Matta GC. Processos de globalização e saúde: uma leitura a partir da obra de Boaventura de Sousa Santos. In: Reis JRF, Gomes CR, organizadores. Temas do Ensino Médio: política, ciência e cultura. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2010. p. 181-97.

2. Santos BS. Os processos da globalização. In: Santos BS, organizador. Globalização: fatalidade ou utopia? Porto: Afrontamento; 2001. p. 31-106.

3. Fiori JL. Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight; 1995.

4. Castells M. A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

5. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

6. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2010. p. 31-83.

7. Matta GC. A medida política da vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

8. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 2003.

9. Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez; 2004.

10. Bourdieu, P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 1994. p.122-55.

11. Szlezák NA, Bloom BR, Jamison DT, Keusch GT, Michaud CM, Moon S, et al. The global health system: actors, norms, and expectations in transition. PLoS Med. 2010; 7(1):e1000183. doi:10.1371/journal.pmed.1000183.

12. Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS Med. 2010; (1):e1000089. doi:10.1371/journal.pmed.1000089.

13. Koplan JP, Bond C, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. Lancet. 2008; 373(9679):1993-5.

14. Institute of Medicine. America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests [Internet]. Washington, D.C: National Academy Press; 1997 [acesso 2005 Jan 24]. Disponível em: http://www.nap.edu/readingroom/books/avi/

15. People´s Health Movement [internet]. Asamblea de la salud delos pueblos (ASP) – Salud en la era de la globalización: de víctimas a protagonistas – un documento de discusión preparado por el grupo de trabajo de la Asamblea de la Salud de los Pueblos. [acesso 2005 Jan 30]. Disponível em: http://www.phmovement.org

16. Global Health Workforce Alliance [Internet]. Global Health Concil. Member profile [acesso 2013 Nov 11]. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/members_partners/member_list/ghc/en/index.html

17. Perelman C, Olbrechts-Tyteca L. Teoria da argumentação: a nova retórica. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

18. Mattos, RA. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Cienc Saude Colet. 2001; 6(2):377-89.

19. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, DF: Opas; 2002.

20. Fleming DM, Schellevis FG, Paget WJ. Health monitoring in sentinel practice networks. The contribution of primary care. Eur J Public Health. 2003; 13(3):80-4.

21. Deckers JGM, Paget WJ, Schellevis FG, Fleming DM. European primary care surveillance networks: their structure and operation. Fam Pract. 2006; 23(2):151-8.

22. Murnaghan JH. Health indicators and information systems for the year 2000. Annu Rev Public Health. 1981; (2):299-361.

23. Larson C, Mercer A. Global health indicators: an overview. CMAJ. 2004; 171(10):1199-200.

24. World Health Organization [Internet]. World Health Statistics 2011. Indicator compendium [acesso 2013 Jul 11]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2011_IndicatorCompendium.pdf

25. World Health Organization [Internet]. Statistical Information System (WHOSIS) 2011. [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: http://www.who.int/whosis/indicators/en/

26. World Health Organization [Internet]. World Health Statistics 2011. [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf

27. Almeida ARM, Vieira M, Moreno AB, Candeias M. Inequalities in the Brazilian technical health workforce. In: World Health Organization. Human resources for health observer. Genebra: WHO Press; 2010.

28. World Health Organization. World Health Report 2006. Working together for health. Geneve; 2006.

29. World Health Organization [Internet]. Global health observatory 2011. [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: http://www.who.int/gho/en/

Matta GC, Moreno AB. Salud global: un análisis sobre las relaciones entre los procesos de globalización y el uso de los indicadores de salud. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):9-22.

El objetivo del trabajo es discutir la construcción de la denominada salud global, identificando sus usos políticos y epistemológicos. El uso retórico de los indicadores de salud globales y sus relaciones con los procesos de globalización se tratan como analizadores. Se realizó un estudio bibliográfico y documental, cuyo análisis partió de una perspectiva crítica y construccionista de la producción de conocimiento y de los procesos de globalización en salud, teniendo como referencia la obra del sociólogo Boaventura Santos. A pesar del uso del adjetivo global, el trabajo subrayó la disputa política y epistemológica en curso en las relaciones entre globalización y salud y el uso retórico de indicadores de salud globales para la construcción de políticas para países pobres y en desarrollo. Se consideró que esta estrategia tiene el objetivo de influenciar los sistemas nacionales de salud bajo una perspectiva transcultural y colonizadora, apagando los saberes, las tradiciones y los modos de subjetivación locales.

Palabras-clave: Salud mundial. Política de salud. Globalización. Indicadores de salud.

Recebido em 10/06/13. Aprovado em 24/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0592

Governo da população:
relação médico-paciente na perícia médica da previdência social

Maria da Penha Pereira de Melo[a]

Melo MPP. Government of the public: physician-patient relationship within medical expert advice for social security. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):23-35.

This article presents and discusses results from qualitative research on the physician-patient relationship within medical expert advice for the Brazilian social security system. The study evaluated a sample (n = 79) of records at the Social Security Ombudsman's Office, containing complaints about medical expert advisory work. The physician-patient relationship within the field of social security comprises adjustment to standards that turns the physician-patient therapeutic space into an instrument to put controls for accessing disability benefits into operation. Dysfunctions at this interface might result from the way in which the limits are implemented. Social security was taken to be biopolitics and medical expert activity to be an expression of biopower, in terms of the political philosophy of Michel Foucault. Discussing social security means clarifying its security assumptions and not ignoring the instrumental nature engendered by social security medical practices.

Keywords: Bioethics. Biopolitics. Social Security. Forensic Medicine. Physician-patient relations.

Este artigo apresenta e discute resultados de pesquisa qualitativa sobre a relação médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. A pesquisa analisou amostra (n=79) de registros da Ouvidoria da Previdência Social contendo reclamações sobre o trabalho médico pericial. A relação médico-paciente, no campo previdenciário, realiza-se por meio de um ajustamento à norma, um deslocamento no espaço terapêutico médico-paciente, instrumento da operação de controle para acesso aos benefícios por incapacidade. As disfunções nessa interface de controle seriam resultantes da prática desses limites, da forma em que estes estão colocados. A seguridade social foi compreendida como biopolítica e a atividade médico-pericial como expressão de biopoder, nos termos da filosofia política de Michel Foucault. Discutir Previdência significa clarificar seus pressupostos de segurança e não desconhecer o caráter instrumental que as práticas médicas assumem em seus engendramentos securitários.

Palavras-chave: Bioética. Biopolítica. Previdência Social. Medicina Legal. Relações médico-paciente.

[a] Instituto Nacional do Seguro Social, Agência da Previdência Social de Petrópolis. Rua Barão de Tefé, 120, Centro. Petrópolis, RJ, Brasil. 25620-010. penh@ig.com.br

Introdução

A Bioética pode ser conceituada como uma disciplina da família da ética[1]. Pegoraro[2] recorda-nos a etimologia da palavra ética com dois aspectos complementares: ethós como modo de existir e ethós como lugar onde se habita. Desse modo, buscar compreender os conflitos surgidos na emergência dos cotidianos de trabalho, no exercício profissional dos médicos peritos da Previdência Social, passa por uma forma de entender o sujeito enquanto ser ético, "animal político", de atuação individual, com interface/repercussão na coletividade. Significa, ainda, adotar uma abordagem que ultrapassa os limites de uma bioética subsidiária do campo biomédico[3-5].

Nos estados modernos e contemporâneos, as políticas de bem-estar social, notadamente a previdência social, demonstram o protagonismo do Estado na tarefa de preservar a vida, em sua gestão. Na forma de acordos e contratos, visam o conjunto da população, asseguram direitos e cobram deveres aos indivíduos em suas necessidades básicas de manutenção de si e das famílias.

No Brasil, a previdência social é um direito constitucional e integra a seguridade social juntamente com o setor saúde e a assistência social, assegurando cobertura para eventos vitais como: nascimento, adoecimento/incapacidade, invalidez, velhice e morte. Os recursos para essas garantias provêm de contribuições obrigatórias que incidem sobre a atividade econômica. A administração e a operacionalização dos benefícios previdenciários competem ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia do Ministério da Previdência Social.

Os benefícios por incapacidade integram o leque de benefícios e visam garantir renda aos segurados da Previdência Social que estejam incapazes para o trabalho. O reconhecimento da incapacidade – de seu início, manutenção e cessação – é competência legal da Perícia Médica do INSS ou Perícia Médica da Previdência Social[6,7]. A avaliação da incapacidade, tarefa médico-pericial, ocorre na interface com o segurado. É através do exercício dessa tarefa técnica, nesse espaço, que se dá a distinção entre capazes e incapazes.

A demanda pelo benefício por incapacidade decorre da percepção do segurado da Previdência, ou de seu representante legal, de que é portador de uma condição, orgânica e/ou psíquica, reconhecida pela racionalidade médica como doença. Essa condição biopsíquica, em tese, altera-lhe involuntariamente a capacidade de garantir seu sustento econômico (e da família) por meio da renda obtida no trabalho que, normalmente, exercia ou poderia exercer.

Então, a existência do distúrbio, do transtorno da normalidade, necessita passar por uma primeira operação de reconhecimento, pelo poder-saber médico, da existência e da nomeação de um diagnóstico clínico. A segunda operação desse poder-saber é reconhecer a doença como incapacitante para o trabalho, ou seja, o enquadramento normativo. Nessa atividade, a racionalidade da medicina é posta a serviço da racionalidade do direito em um duplo raciocínio que denominamos raciocínio previdenciário[8].

Os benefícios por incapacidade podem ser de causalidade relacionada ao trabalho, benefícios acidentários, ou não, quando são chamados previdenciários. O auxílio-doença previdenciário é o mais frequente entre todos os benefícios concedidos pela Previdência Social. Em 2011, a Previdência concedeu 4,8 milhões de benefícios. O auxílio-doença previdenciário, a aposentadoria por idade e o salário-maternidade foram os mais frequentes, correspondendo a, respectivamente, 42,4%, 12,2% e 11,9%[9].

Segundo o Manual de Perícia Médica da Previdência Social, "o exame médico-pericial tem por finalidade avaliação laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente"[10]. Em 2011 foram realizados 7.396.562 exames médico-periciais, com 68,9% de conclusões favoráveis. Esse arbitramento, todavia, é muitas vezes motivo de controvérsias[11].

Consideramos que a relação médico-paciente na Previdência Social agrega conflituosidades próprias da situação de perícia [sua operação de escrutínio inclusão/exclusão] a elementos do campo assistencial, condicionando expectativas e resultados. Trabalhamos com a hipótese de os conflitos surgidos na interface perito-segurado serem expressões da atividade médico-pericial incluída no cálculo de gestão previdenciária. Nesse sentido, perícia médica seria parte de um dispositivo de seguridade, expressão da biopolítica de previdência social, de funcionamento de governo[12-15].

Qual é a relação médico-paciente?

A relação médico-paciente tem sido tema de diversos estudos com diferentes enfoques[16-19]. Aqui a compreendemos na perspectiva da abordagem do trabalhador médico frente ao seu objeto, o corpo doente, e das práticas em saúde como organizadas em torno de dois grandes eixos: o controle da ocorrência da doença e a recuperação dos doentes[20]. Recortamos, ainda, a atividade médica em assistencial e não assistencial, incluindo, dentro desta última, a atividade pericial.

Tendo em vista a atividade médico-assistencial, entendemos ser significativa a caracterização do trabalho médico, nos termos de Nascimento Sobrinho, Nascimento e Carvalho[21], como trabalho desenvolvido sobre um objeto/sujeito utilizando instrumentos específicos para obter resultados tais como: prevenção, alívio, cura, reabilitação. Nessa perspectiva, centrada na autoridade médica, a relação médico-paciente é concebida como um instrumento que favorece a obtenção de informações que nortearia a definição do diagnóstico e da terapêutica ou, ainda, a adesão às condutas prescritas.

A nosso ver, a atividade médico-pericial guarda diferença de natureza em relação à atividade médico-assistencial[8]. A finalidade da atividade não se confunde com o manejo da ocorrência das doenças e nem sequer com a recuperação dos doentes. Na atividade médico-pericial previdenciária, trata-se da reparação financeira, de instrumentalizar o conhecimento da medicina pelo valor jurídico do seguro que substitui renda na vigência de doença incapacitante.

Paul[22] define perícia médica ou medicina legal como uma especialidade na qual os princípios e as práticas da Medicina são aplicados à elucidação de questões no curso de procedimentos judiciais. Vilela e Ephifânio[23] acrescentam que esse ato médico ocorre em consequência de requisição formal da autoridade, administrativa ou jurídica, quando esta necessita formar convicção na execução de suas funções.

Almeida entende perícia médica como ato médico de maior assimetria de poder entre o médico e o paciente, ou periciando, em que estariam "potencializadas as manifestações de distanciamento e autoritarismo presentes nas relações médico-paciente propedêuticas"[24].

Por outro lado, em estudo que avaliou o desempenho do programa de benefícios por incapacidade em uma Gerência do INSS, Marasciulo[25] estabeleceu, como hipótese para explicar o alto volume encontrado de entrada em benefício, a não-observância, pelos médicos peritos, do comportamento esperado de "gatekeepers" ou porteiros do sistema.

A inspiração em Foucault

Michel Foucault, em sua obra, abordou a questão do poder em uma visada que privilegiava a análise a partir de mecanismos de poder expressos em exercícios e práticas cotidianas. Nos dizeres de Candiotto[26], "sua análise [da problemática do poder] incide sobre as relações de forças atuantes nas práticas sociais" em detrimento de abordagens genéricas ou totalizadoras. Em suas pesquisas, o poder emerge de comandos e enfrentamentos, de afirmações e resistências, por meio de procedimentos que se dão a conhecer nas relações como parte delas.

As categorias biopoder e biopolítica, desenvolvidas por Foucault em torno de pesquisas sobre a sexualidade, nomeiam técnicas e formas de poder resultantes das transformações societárias ocorridas ao longo dos séculos XVII, XVIII até os dias atuais.

O poder, até então, poderia ser resumido na fórmula da soberania: Relação soberano-súdito. Direito de causar a morte ou deixar viver, direito assimétrico em essência, que se impunha pela violência do soberano e seu sistema legal, pelo sistema jurídico. Caracterizava-se pela força do estado-soberano em fazer valer seus interesses sob a forma de confisco, extorsão, pela retirada de bens, do trabalho, dos corpos e da vida[12].

A partir do século XVII, a expressão dos mecanismos de poder passa por mudanças significativas: com o surgimento de novas relações decorrentes do nascente capitalismo industrial, com sua conformação societária específica e modo de reprodução – com a exploração dos corpos para o trabalho –, "uma outra economia de poder [...] que deve ao mesmo tempo fazer crescer as forças sujeitadas e a eficácia daquilo que as sujeita"[15], que Foucault nomeia poder disciplinar, se mostrará presente.

A soberania enquanto poder que se estruturava em função do domínio sobre a propriedade da terra continuou a ser paradigma para a conformação das leis e dos grandes códigos. Por seu lado, a expressão disciplinar, com suas técnicas centradas na visibilidade e no exame dos corpos, tem, na norma, seu enunciado típico e, na normalização, o formato operacional. Foucault aponta o desenvolvimento da medicina a partir desse período, a medicalização da sociedade, dos comportamentos e das condutas como efeitos de um registro que reúne o poder soberano das leis e o poder disciplinar normalizador em um discurso aparentemente neutro – o discurso da ciência.

Ao longo da segunda metade do século XVIII, outra tecnologia de poder se faz presente, a "tecnologia de poder, não disciplinar [...] que não exclui a técnica disciplinar [...] mas não se dirige ao homem-corpo [...] está em outra escala [...] se dirige ao homem vivo"[15], endereçada às características biológicas da espécie humana e suas ocorrências enquanto conjunto, enquanto massa populacional.

Nessa modalidade, as características biológicas tornam-se objetos de cálculos e políticas através de técnicas e instituições pautadas não somente na "anátomo-política do corpo humano"[15], mas em tecnologias gestionárias.

Esse poder de gestão sobre a vida e o viver, biopoder voltado para o homem espécie, tem a população e seus fenômenos como objeto. Fenômenos estes forjados pela constituição de saberes específicos que lhe configuravam uma identidade peculiar formada através de parâmetros como: natalidade, fecundidade, mortalidade, expectativa de vida, entre outros, constituindo o que Foucault chamaria de "uma biopolítica da espécie humana"[15].

Será em torno desses fenômenos que atuará outro conjunto de saberes da medicina, com a introdução de novas técnicas de coordenação e intervenção sobre a coletividade; a medicalização da sociedade; a intervenção sobre as consequências do trabalho, da velhice, dos acidentes, da capacidade de trabalho[15]:

É a população, portanto, [...] que aparece como o fim e o instrumento do governo: sujeito de necessidades, de aspirações, mas também objeto nas mãos do governo. [Ela aparece] como consciente, diante do governo, do que ela quer, e também inconsciente do que a fazem fazer[13].

Caberá ao Estado "garantir a segurança dos processos econômicos e dos processos intrínsecos à população"[13], exercendo, sobre ela, uma regulação que assume, prioritariamente, a forma de arranjos de segurança, de preservação de indicadores, de regulação de custos e de incentivos ao controle sobre preferências e formas de andar a vida[14].

Administrar a população, os fenômenos decorrentes de sua existência, será incumbência desse Estado, que, a todo instante, se valerá de conhecimentos em séries acumuladas, de cálculos e ajustes para mantê-la, e de seus processos "dentro de limites que sejam social e economicamente aceitáveis e em torno de uma média [...] ótima para um funcionamento social dado"[13].

Nesse sentido, Stephanes[27] recorda que as condições de emergência da Previdência se vinculam a tensões e desequilíbrios sociais decorrentes do liberalismo econômico e do processo de desenvolvimento do capitalismo industrial na Europa, entre o final do século XVIII e o século XIX. A preocupação com a questão social, melhor dizendo, a necessidade de intervenção do Estado para atenuar as disfunções do processo de desenvolvimento econômico, traduziu-se em proteção aos trabalhadores contra doenças, invalidez e desemprego.

Contudo, gerir a vida – administrar e regulamentar as condutas da população, realizar o estado de bem-estar social – implica, nos termos propostos por Foucault, "fazer viver e deixar morrer"[15]. Tal comando nos coloca diante do paradoxo da biopolítica[28], que impõe a exclusão de partes de seu corpo populacional como forma de concertação. O racismo como política de Estado, nessa perspectiva, não se resume aos aspectos conhecidos da eliminação de etnias, mas implica a sistemática justaposição de exclusão/inclusão do/no próprio corpo social[29].

Abordagem metodológica

O percurso de investigação e de análise adotado foi construído a partir do entendimento de que "o marco metodológico deve corresponder à necessidade de conhecimento do objeto"[30]. Nesse sentido,

empreendemos um estudo qualitativo de material empírico constituído por amostra (n=79), selecionada por conveniência, de registros da Ouvidoria da Previdência Social contendo reclamações sobre o trabalho médico-pericial, ano 2008.

O arquivo de registros foi categorizado em núcleos temáticos, e, para a análise, partimos do princípio de que existia uma narrativa do segurado-cidadão a ser observada, reconhecida em suas características, mas, especialmente, em seu conteúdo. Tomados pelo valor de face, os registros foram considerados como evidências do reclamado em relação a queixas que envolviam o trabalho médico pericial. Diante dessas narrativas, indagamos sobre seu conteúdo e como se articulavam com as premissas deste trabalho, em um movimento compreensivo, de extração e produção de sentido, assim como proposto por Minayo[30].

Segundo Schramm[31], a análise Bioética caracteriza-se por ocorrer em dois movimentos básicos, um descritivo analítico e o segundo de decisão moral. A "aplicabilidade" da Bioética implicaria duas tarefas: "a descrição e compreensão dos conflitos de valores envolvidos nos atos humanos e a prescrição dos comportamentos moralmente corretos"[31]. Nesta pesquisa, pelas próprias características de nosso objeto, não almejamos cumprir o ciclo, chegando às prescrições. O objetivo foi contribuir para o alargamento da compreensão do problema, sinalizando uma bioética em que a compreensão torna-se dimensão essencial da própria bioética[32].

Considerações éticas

As decisões sobre o delineamento, a abordagem e o referencial teórico da pesquisa decorrem, em parte, de reflexões e questionamentos da autora suscitados em seu trabalho na Previdência Social. O uso autorizado do banco de dados norteou-se pelo compromisso de confidencialidade, preservado o sigilo sobre a identidade de reclamantes, reclamados ou unidades de administração previdenciária.

O projeto da pesquisa que originou este artigo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Reclamações sobre o atendimento médico-pericial na Ouvidoria da Previdência Social[(b)]

As Ouvidorias são instituições que integram a história recente das relações de consumo no Brasil[33]. Espaços para harmonização dos conflitos, mesmo em sua versão pública, frequentemente assumem a abordagem do cidadão enquanto cliente, noção que se remete ao indivíduo tomado em sua condição de sujeito econômico[14,34,35].

A Ouvidoria Geral da Previdência Social (OUGPS)[(c)] tem como atribuição fornecer, ao cidadão usuário dos serviços da Previdência Social, uma interface de pós-atendimento. Recebe e responde a críticas, sugestões, elogios, reclamações e denúncias quanto aos serviços previdenciários.

A forma de contato com a Ouvidoria ocorre mediante as seguintes modalidades de acesso: autoatendimento no website do Ministério da Previdência Social; ligação para a central telefônica da Previdência Social; correspondência para a caixa postal da Previdência Social, e presencial, na sede do Ministério da Previdência Social em Brasília. Em 2011, 57% de todas as manifestações registradas deram entrada via central telefônica e 41% pela internet.

Considerando o período 2008 a 2012, as manifestações registradas na OUGPS corresponderam a 79% do tipo Reclamações, subdivididas em reclamações relacionadas a: benefícios, atendimento bancário, atendimento previdenciário e arrecadação/fiscalização. Nesse período, 48% das reclamações estiveram

[(b)] Informações sobre fluxos, dados de atendimento e codificação de registros foram obtidos pela autora na Ouvidoria da Previdência Social.

[(c)] OUGPS. Disponível em: < http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=424>. Acesso em: 20 maio 2013.

relacionadas a benefícios, 26% ao atendimento bancário, 23% ao atendimento previdenciário e 3% à área de arrecadação/fiscalização.

As reclamações sobre o trabalho médico-pericial estão incluídas na categoria reclamações sobre atendimento previdenciário, reunidas em uma subcategoria denominada *suposto atendimento inadequado prestado por médico perito* (código 03008.01). Em 2012 foi registrado, na OUGPS, um total de 142.838 reclamações, 34.224 delas do tipo atendimento previdenciário. Destas, 4.119 foram registradas no código 03008.01, ou seja, 2,8% de todas as reclamações, ou, ainda, 12% das reclamações do atendimento previdenciário. Dentro do escopo da pesquisa, analisamos uma amostra (n=79) de reclamações do tipo *suposto atendimento inadequado prestado por médico perito* registradas na OUGPS em 2008.

É necessário esclarecer que não tomamos, como objeto de análise, o processo comunicacional cidadão-OUGPS, nem mesmo possíveis recortes epidemiológicos quanto às características dos reclamantes. Da mesma forma, não nos detivemos no processo de apuração das reclamações pelo INSS, nem mesmo quanto aos resultados ou soluções encaminhadas aos reclamantes ou, ainda, sobre impactos das ações de Ouvidoria.

Resultados da análise dos registros e discussão

Verificamos ser possível agrupar as reclamações em torno de seis núcleos temáticos: "perito não olha/segue o laudo ou exame de comprovação trazido pelo segurado"; "perito age com excesso de poder"; "perito não age como médico"; "perito não tem conhecimento/qualificação"; "outras queixas: condições materiais" e "outras queixas: perícia reconhece incapacidade, mas não é concedido o benefício por exigências administrativas". Essa disposição buscou dar relevo ao mais significativo e frequente, levando ainda em consideração que um registro pôde ser desmembrado/incluído em mais de um núcleo temático.

a) O perito não olha/segue o laudo ou exame de comprovação apresentado pelo segurado

Nesse núcleo, identificamos dois registros típicos. O primeiro, e mais frequente: "não foi verificado laudos e exames". Essa queixa se apresentou de diferentes formas, tais como: "se recusou a olhar os laudos"; "nem olhou os exames" e até mesmo "rasgou o laudo". O questionamento quanto ao resultado das perícias aparece, nesse tipo de registro, de forma indignada: "Não olhou os exames. Só tomou os dados do segurado. Indeferiu o resultado. Como pode ser se não olhou os exames?" Parece claro que os exames, os laudos de médicos assistentes e outros documentos são considerados como comprovantes do estado de saúde, de sua incapacidade [do segurado].

Ao não serem vistos/analisados pelo perito médico, abre-se um espaço de incredulidade sobre a decisão pericial e seus critérios, como no registro a seguir: "o médico não olhou os documentos que o segurado tinha a apresentar, por isso o segurado questiona qual foi o critério utilizado para indeferimento do seu benefício".

Tais registros põem em relevo, pela via da falta, o exame da documentação médico-assistencial do segurado, um dos elementos essenciais da tarefa pericial. Essa documentação visa corroborar as queixas apresentadas e, agregada aos demais elementos (exame clínico, conhecimento sobre a atividade profissional do segurado e enquadramento legal), sustenta a decisão médico-pericial[36]. Ademais, a necessidade de comprovação pelo segurado aparece em diversas orientações normativas institucionais relacionadas aos procedimentos médico-periciais de avaliação de incapacidade.

No website da Previdência Social encontramos: "para concessão de auxílio-doença[(d)] é necessária comprovação da incapacidade em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social". O Manual Técnico de Perícia Médica orienta que o ônus da prova da doença cabe ao segurado, incluindo informações sobre diagnóstico, tratamentos instituídos e exames complementares realizados. Destaca ainda que as informações documentais devem ser anotadas no laudo médico-pericial[10]. Nesse mesmo sentido, a instrução normativa INSS/PRES 45 afirma que o início da doença e da incapacidade deve ser registrado no exame médico-pericial, baseado em dados objetivos, em exames complementares, em comprovantes de internações, enfim, em elementos documentais[37].

[d] Auxílio-doença. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>. Acesso em: 20 maio 2013.

Um segundo tipo padrão desse núcleo temático tem como característica o fato de os laudos assistenciais e dos exames complementares serem vistos pelo perito, mas a decisão pericial não estar de acordo com eles: "apresentei laudos do médico do trabalho e de outros médicos provando a incapacidade para exercer a minha profissão. Se os médicos que faço tratamentos comprovam que estou incapacitado de trabalhar e exercer minha profissão, como um médico perito pode me dar alta vendo todos os laudos médicos e os meus exames?".

Os exames complementares e os relatórios assistenciais são considerados, pelos segurados, como comprovantes da incapacidade, porém, do ponto de vista legal e normativo, não dão acesso ao benefício. O modelo de controle adotado sobre os benefícios por incapacidade passa pela submissão do requerente/segurado ao exame médico-pericial.

Outro aspecto relevante nessa queixa é a referência ao médico do trabalho. Mendes e Dias[38], ao discutirem a evolução dos conceitos e das práticas da medicina do trabalho, apontam, como sua função clássica, a seleção e a preservação da força de trabalho em condições operacionais. Maeno[39] afirma que os médicos do trabalho, ao atuarem na seleção da mão de obra, tornam-se elementos de exclusão dos trabalhadores nas empresas. Essa exclusão pode se dar pela via da recusa em compatibilizar o ambiente, os postos de trabalho e as tarefas à capacidade de trabalho dos segurados após a alta pericial.

Exames e relatórios médicos assistenciais indicando condutas que, por não serem consideradas, seguidas ou discutidas com o segurado, tornam-se motivo de conflito, como no registro: "trouxe ultrassonografia mostrando lesão de ombros e mãos, retirada um dia antes da perícia, e relatório médico indicando que não pode mais voltar a exercer a mesma atividade, totalmente voltada para computação, e recebe alta para retorno ao trabalho sem antes passar na RP? Será que é porque a RP está sem médico?"

A reabilitação profissional (RP) é um serviço previdenciário voltado para a promoção do retorno ao trabalho. O encaminhamento para esse serviço ocorre quando a perícia médica avalia que o segurado poderá retornar ao trabalho, porém, em atividade diversa ou adaptada ao seu potencial laborativo. O processo de reabilitação profissional implica, muitas vezes, fornecer nova qualificação profissional aos segurados, e isso significa maior investimento institucional em recursos humanos, incluindo médicos peritos e recursos materiais.

O Tribunal de Contas da União (TCU), em seu relatório de auditoria operacional sobre concessão e manutenção dos benefícios auxílio-doença[40], constatou a baixa efetividade do serviço de reabilitação, com filas de espera para ingresso, tempo prolongado de permanência no programa de reabilitação, ineficiência na oferta de formação profissionalizante, insuficiência de pessoal, entre outros problemas. O Tribunal concluiu alertando para o aumento nos gastos com o auxílio-doença em decorrência desse quadro, visto que o pagamento do benefício é mantido durante todo o período em que o segurado está em processo de reabilitação profissional.

Outro aspecto no tema das exigências de comprovação é quando a perícia passa a demandar documentação, como nesta reclamação: "os Peritos estão solicitando exame de tomografia computadorizada. Há muita burocracia para fazer este tipo de exame, é muito complicado, precisa esperar uma vaga sem previsão de data". O alto custo desses exames e o fato de eles serem decorrentes de um vínculo assistencial sinalizam ônus adicional do setor saúde em torno das exigências e das condutas relacionadas aos benefícios por incapacidade.

b) Perito age com excesso de poder

O registro característico desse núcleo temático é: "O perito falou que com o poder que vem de Brasília pode fazer o que quiser". Aqui se soma à autoridade

médica, oriunda da exclusividade profissionalizada do saber sobre os corpos, base da medicina, a autoridade da administração frente ao administrado. Poder discricionário administrativo que, no caso concreto, integra sua vontade ou juízo à norma jurídica. Poder que tensiona a chamada supremacia do interesse público aos direitos individuais[41], que reúne soberania da lei a um funcionamento disciplinar típico do saber clínico[15]. Poder que tem força de lei na medida em que se mesclam, em ato, legislativo e executivo, na aparente anomia enunciada no registro da reclamação: "pode fazer o que quiser"[42].

Os registros estão repletos de palavras nomeando sentimentos como "humilhação" e "constrangimento"; ou de adjetivos como "grosso", "prepotente", para designar a abordagem durante o exame pericial. A reclamação a seguir sintetiza esses achados: "o perito foi muito grosso, impaciente, muito irônico, arrogante e bastante preconceituoso; falou para o segurado que ele tivesse vergonha, e que a Previdência não ia bancá-lo, que ele voltasse a trabalhar".

Em programa nacional de auditoria desenvolvido em 2009, a Auditoria Interna do INSS analisou amostra de registros da Ouvidoria da Previdência Social relacionados à Perícia Médica e identificou 69% desses registros como reclamações por mau atendimento, a grande maioria composta por queixas classificadas como grosseria e descaso/negligência. Somente 19,4% dos registros foram relacionados pela Auditoria ao indeferimento do benefício solicitado.

Por outro lado, nesse mesmo trabalho, entrevistas realizadas com amostra nacional de médicos peritos apontaram 85,4% de respostas positivas para a ocorrência de agressão verbal e 34,1% de respostas positivas para a agressão física, durante o atendimento. Sentimentos de insegurança, coação e/ou ameaça durante o exame pericial foram relatados por 80% dos entrevistados, com efeitos sobre a decisão pericial para 14,5% dos respondentes[43].

A situação pericial ou "setting" pericial evidencia uma carga de violência que nos põe em alerta quanto ao significado da violência. Não estaria aí posta em questão a própria condição de representação do poder do Estado sobre seus cidadãos? No limite, a operação inclusão/exclusão incluiria a violência paradoxal da política sobre a vida, que, ao gerir a população, deixa de fora parte dela própria[28]?

c) Perito não age como médico

"Foi mal atendido, sem nenhuma ética devida e assegurada pela doença". Aqui, o que está em jogo é a expectativa de conformidade com o que se espera de um atendimento médico, do cuidado com o outro em situação de adoecimento. Estar doente é condição necessária para a requisição e a obtenção do benefício, porém, não é condição suficiente. Deve estar configurada, ainda, a incapacidade, condição esta a ser reconhecida pela perícia médica.

Rapidez excessiva: "tratou muito mal e em apenas um minuto ele terminou a perícia". Ausência de empatia: "se negou a verificar minha pressão, e disse que estava ali pra me julgar, não era atendimento médico, se eu quisesse que me dirigisse a um hospital". Falta do exame físico: "durante a perícia médica o médico perito nem me examinou". Resultando na antítese do esperado no agir médico: "atitudes dessas médicas peritas está fazendo com que piore o seu estado de saúde". Mais do que nunca, o sentido da atividade médica é posto em questão, visto que essa modalidade de acesso a benefícios, por doença incapacitante, define a medicina como lugar de controle.

Como afirma Schraiber[44], a expectativa social em relação à medicina é de que compete a ela, através de seus agentes, tratar e cuidar. Porém, a necessidade social atendida pelo trabalho médico não é sempre a mesma, portanto, não se tratará sempre e somente do cuidado, mesmo que seja essa a imagem de comparação.

O registro a seguir, ao que parece, ordena e justifica, fornece uma indagação/explicação que reforça o papel do avesso que a atividade médico-pericial assume diante da atividade médico-assistencial: "O juramento dos médicos que se formam e trabalham no INSS: apenas cumprem ordem do governo ou atendem seus pacientes com respeito, justiça, ética e seriedade".

O juramento de Hipócrates, mítico registro das origens da medicina, integra o ritual de formatura dos médicos. Em essência, é um conjunto reduzido de regras para conduzir a ação do médico diante dos pacientes, dos mestres etc. O que nos parece relevante nesse registro é o fato de o juramento ser tomado como compromisso prioritário com o paciente. Os valores "respeito, justiça, ética e seriedade" seriam princípios ideais de um agir ético ou expectativas sobre esse agir.

d) Médico perito não tem conhecimento/qualificação

Aqui, a legitimidade da atuação do médico perito é questionada: "se o seu problema é ortopédico, como pode ser julgada por um médico com especialidade em cardiologia?" O lugar comum é a valorização vinculada a um saber mais legítimo na medida em que é fracionado, se compartimentaliza.

Esse tema também se apresenta na forma de questionamento quanto ao conhecimento de condutas e fluxos de organização de serviços assistenciais, conhecimento este visto como parte de um repertório necessário: "como um médico que se diz perito do INSS pode não saber que a fila de transplante de rins não é por numeração, e sim por compatibilidade?" Ou ainda, na forma de um reconhecimento, ainda que crítico, sobre a complexidade exigida pela tarefa: "ela não tem qualificação para ser perita do INSS".

O recorte do trabalho médico por especialidades, subespecialidades, é parte de um processo em curso, caracterizado por transformações na atividade médica resultantes da expansão do conhecimento científico e do avanço e da exploração das tecnologias aplicadas nos processos de trabalho em saúde, com impacto desagregador sobre a relação médico-paciente[44].

Em se tratando de perícia médica, o espaço que o saber ocupa na composição da autoridade médica é reiterado via dimensão da queixa sobre uma qualificação aparentemente insuficiente. O reclamante não questiona o saber-poder, exige-o.

e) Outras queixas: condições materiais

As reclamações informam também deficiências nas condições materiais para realização do exame: "não tinha estetoscópio e nem aparelho para aferir a pressão". A deficiência de equipamentos se junta à percepção de inadequação dos espaços, dos ambientes e das práticas durante exames médico-periciais, como a seguir: "os médicos atendem os segurados com as portas abertas e eles não têm a menor privacidade".

Essas queixas são coerentes com os resultados obtidos pela Auditoria do INSS quando detectou, após avaliar 196 consultórios em todo o país, um índice de 84,1% de inadequação[43]. O parâmetro foi desconformidade com norma interna da instituição previdenciária que padroniza a estrutura e os equipamentos necessários aos consultórios periciais nas Agências da Previdência Social. A norma inclui equipamentos para o exame clínico propriamente dito, recursos materiais como computadores, cama para exame, cadeiras etc., bem como estabelece dimensões espaciais.

A privacidade que se esperaria no desenrolar de um atendimento médico fica prejudicada também pela presença de um clima de apreensão em torno de ocorrências que evidenciam o caráter explosivo das tensões presentes[45]. Nesse ambiente, a visibilidade do procedimento de exame, sem desconhecer o incômodo e a inadequação aparentes, pode ser percebida como elemento defensivo que integra uma busca estratégica por segurança.

f) Outras queixas: perícia reconhece incapacidade, mas não é concedido o benefício por exigências administrativas.

"O resultado da perícia concede o benefício, mas a área administrativa nega por perda da qualidade de segurado. A segurada informa que é empregada de carteira assinada, e como pode ser negado o benefício por falta da qualidade de segurado?" O registro, exemplar nesse núcleo temático, reflete um descompasso entre a decisão médico-pericial e o reconhecimento do direito ao benefício. A inscrição e as contribuições para a Previdência Social são exigências nem sempre atendidas, na regularidade necessária, ao longo da vida produtiva do trabalhador. A inserção na atividade produtiva sem formalização, portanto, sem proteção previdenciária, é uma realidade reconhecida e sua presença é alvo de atenção e acompanhamento[46].

Nesse sentido, é possível a ocorrência de situações nas quais esteja reconhecida a incapacidade, mas não haja direito administrativo ao benefício. Tais ocorrências tornam evidente que a concessão do benefício previdenciário é resultante de um macroprocesso em que a atuação pericial, apesar de essencial, é um dos elementos. Nesse macroprocesso estão incluídas variáveis econômicas, como mercado de trabalho e nível da atividade econômica, entre outras, assim como normas e procedimentos administrativos de reconhecimento e manutenção de benefícios, nos quais se inclui a perícia médica.

A reclamação nos autoriza a indagar sobre o que tem sido a resposta, no campo da seguridade, frente à adversidade constituída pela incapacidade, e sobre a efetividade dessas respostas nas situações de maior vulnerabilidade em que se somam doença, incapacidade e não-cobertura do seguro social.

Considerações finais

A partir de um vasto conjunto normativo voltado para a preservação da ordem social, o seguro social, mecanismo de seguridade, e, em especial, o seguro de incapacidade para o trabalho, informa uma biopolítica exercida em face das práticas médico-periciais. O caráter regulador da entrada da atividade pericial no sistema previdenciário se viabiliza pelo saber individualizante e disciplinador da racionalidade médica penetrada pela racionalidade jurídico-administrativa das normas[8,36]. Em um "agenciamento do saber-poder médico com o saber-poder jurídico"[29].

Mediante este instrumento, o exame médico-pericial, distinguem-se aqueles que têm daqueles que não têm o direito, os incapazes, dos capazes. Dessa forma, alcança-se [ou se busca alcançar] um equilíbrio no sistema, dito de outra forma: a sustentabilidade do sistema depende da proteção à população de segurados da previdência social. Proteção que inclui a iminente desproteção, paradoxo desse poder, biopoder, sobre a vida administrada. Em outros termos, a biopolítica previdenciária visa à população, mas, no tocante ao programa de benefícios por incapacidade, mostra sua face individualizadora e conta com a normação, operação de ajustamento, realizada por seus peritos médicos na interface com o segurado, uma relação médico-paciente transformada pela situação de perícia.

Nesse campo vicejam controles burocráticos sobre a massa de concessões de benefícios; indeferimentos; processos administrativos de gestão das perícias; procedimentos institucionais de manejo das insatisfações com os resultados das perícias; análises do mercado de trabalho, das tendências demográficas da população, entre outras maquinarias gestionárias.

As tensões, as disfunções das situações-limite de controle sobre a população, como aquelas evidenciadas nas análises dos registros de Ouvidoria, informam a interface médico-segurado em perícia médica previdenciária. A nosso ver, tais situações precisam ser reconhecidas como previsíveis e, possivelmente, inevitáveis à prática desses limites, na forma em que estão colocados. A assimetria presente e acentuada pela situação pericial integra a operação de controle, servindo à biopolítica previdenciária.

Finalmente, acreditamos ser necessário ter em mente o caráter arbitrário da norma e favorecer o olhar sobre essas práticas para não incorrermos em explicações que reduzam fatos à arbitrariedade dos agentes. Discutir a relação médico-paciente na perícia previdenciária inclui a análise das condições do exercício e a teleologia da atividade, como buscamos realizar. Ou seja, entre a expectativa social corrente sobre a atividade médica e o trabalho médico-pericial de controle sobre a entrada e a permanência em benefício previdenciário, *há um deslocamento, um não-lugar, o lugar do não, a ser posto em questão*.

Este estudo buscou, dentro de seus limites, acrescentar elementos que possibilitem melhor compreender e abordar o trabalho médico-pericial na Previdência Social, favorecendo outros olhares para desafios do presente, na esteira das pesquisas sobre biopolítica. Entendendo que o debate societário em torno da política pública de seguridade social não se limita a aspectos econométricos, há de se problematizarem cotidianos e práticas criando espaços de reflexão sobre essas práticas, tornando mais responsáveis as escolhas da sociedade e o agir de seus membros. Nesse sentido, é possível agir diferente, praticar outro governo das condutas não vinculado à inspeção médica? Apostamos que sim. As práticas sociais, incluindo as securitárias, podem ser aperfeiçoadas a partir do debate inclusivo e inacabado que leve em consideração a necessidade de limites e de escolhas quanto à forma dos mesmos[47].

Para além dos resultados desta investigação, compreendemos ser necessário discutir o modelo de Previdência Social vigente, buscando clarificar seus pressupostos de segurança econômica de todos em função de todos, mas, também, a necessidade de reformas que priorizem a autonomia e a dignidade das pessoas, entre outros aspectos. Vivemos todos no recorte dessas políticas securitárias, incluídos no

cálculo econômico e político. Discutir tal acontecimento, talvez seja essa uma das tarefas inescapáveis de uma bioética que se abre para a dimensão coletiva.

Agradecimentos

A Olinto Antônio Pegoraro, pelo incentivo e confiança neste percurso de pesquisa e aprendizagem. Ao Instituto Nacional do Seguro Social, por viabilizar minha dedicação ao mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (2010-2013). Este artigo é resultado de pesquisa desenvolvida durante o mestrado.

Referências

1. Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.

2. Pegoraro OA. Ética e bioética: da subsistência à existência. Petrópolis: Vozes; 2010.

3. Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública. Interface (Botucatu). 2010; 14(33):243-55.

4. Fortes PAC, Zobolli ELC, organizadores. Bioética e Saúde Pública. 3a ed. São Paulo: Loyola; 2009. p. 11-24.

5. Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes PAC, Zobolli ELC, organizadores. Bioética e Saúde Pública. 3a ed. São Paulo: Loyola; 2009. p. 49-69.

6. Lei nº 11.907, 2009. Artigo 30 § 3º incisos I, II, II e IV. Dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória das Carreiras de Oficial de Chancelaria e de Assistente de Chancelaria [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L11907.htm

7. Lei nº 8.213, 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: http://www3.dataprev.gov.br/sislex/index.asp

8. Melo MPP. Condições do exercício profissional do médico perito da previdência social. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

9. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico. Brasília, DF; 2011 [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423

10. Instituto Nacional do Seguro Social. Manual de perícia médica da Previdência Social. Brasília, DF; 2002 [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: http://www.sindmedicos.org.br/juridico/Manual%20de%20Pericias%20Medicas%20do%20INSS.pdf

11. Pinto Junior AG, Braga AMCB, Roseli-Cruz A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária. Cienc Saude Colet. 2012; 17(10):2841-9.

12. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. São Paulo: Graal; 2009. p. 147-58.

13. Foucault M. Segurança, território, população. Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.

14. Foucault M. Nascimento da biopolítica. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes; 2008.

15. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2005.

16. Ridd M. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract. 2009; 59(561):e116-33.

17. Heritage J, Maynard DW. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. Annu Rev Sociol. 2006; 32:351-74.

18. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saude Publica 1999; 15(3):647-54.

19. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? Cad Saude Publica 1993; 9(1):21-7.

20. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

21. Nascimento Sobrinho C, Nascimento MA, Carvalho FM. Ética e subjetividades no trabalho médico. Rev Bioet. 2004; 12(2):23-32.

22. Paul DM. The general principles of clinical forensic medicine and the place of forensic medicine in a modern society. Yale J Biol Med. 1977; 50:405-17.

23. Vilela JRP, Epiphanio EB, coordenadores. Perícias médicas: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 3-13.

24. Almeida EHR. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. Rev. Bioet. 2011; 19(1):277-98.

25. Marasciulo ACE. Avaliação de desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social: gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

26. Candiotto C. Cuidado da vida e dispositivos de segurança: a atualidade da biopolítica. In: Castelo Branco G, Veiga-Neto A, organizadores. Foucault: filosofia & política. Belo Horizonte: Autêntica; 2011. p. 81-95.

27. Stephanes R. Previdência Social: uma solução gerencial e estrutural. Porto Alegre: Síntese; 1993.

28. Duarte A. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: Rago M, Veiga-Neto A, organizadores. Figuras de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p. 45-55.

29. Castelo Branco G. Racismo, individualismo, biopoder. Rev Filos. 2009; 21(28):29-38.

30. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

31. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes PAC, Zobolli ELC, organizadores. Bioética e Saúde Pública. 3.ed. São Paulo: Loyola; 2009. p. 71-84.

32. Junges JR. Bioética hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006.

33. Vismona EL. A ouvidoria no Brasil e seus princípios. Rev IMESC. 1998; 1 [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: http://www.imesc.sp.gov.br/imesc/rev1d.htm

34. Lyra RP. A ouvidoria pública e a questão da autonomia. Prima Facie. 2009; 8(15):161-91.

35. Pereira LH. A voz do usuário no sistema hospitalar. Sociologias. 2002; 4(7):82-120.

36. Melo MPP, Assunção AA. A decisão médico pericial no âmbito da Previdência Social. Physis. 2003; 13(2):343-65.

37. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução normativa nº 45. 2010 [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: http://www3.dataprev.gov.br/sislex/index.asp

38. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saude Publica 1991; 25(5):341-49.

39. Maeno M. Ser médico. In: Vizzaccaro-Amaral A, Mota D, Alves G, organizadores. Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI. São Paulo: LTR; 2011. p. 127-60.

40. Brasil. Tribunal de Contas da União. Concessão e manutenção dos benefícios auxílio-doença. Brasília, DF; 2010. [acesso 2013 Mar 22]. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/auditorias

41. Binenbojm G. Temas de direito administrativo e constitucional: artigos e pareceres. Rio de Janeiro: Renovar; 2008.

42. Agambem G. Estado de exceção. São Paulo: Boitempo; 2004.

43. Instituto Nacional de Seguridade Social. Relatório final do Programa Nacional de Auditoria 2009: visão multifatorial do trabalho médico pericial [relatório interno]. Brasília, DF; 2009.

44. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

45. Dutra B. Violência contra peritos, triste rotina na previdência. O Dia. 2013 Abr 27; Sec. Economia [acesso 2013 Nov 5]. Disponível em: http://odia.ig.com.br/portal/economia/viol%C3%AAncia-contra-peritos-triste-rotina-na-previd%C3%AAncia-1.576441

46. Ansiliero G. Inclusão previdenciária e mercado de trabalho no Brasil: evidências para o período 1992-2011. Inf Prev Soc. 2013; 25(2):4-30.

47. Foucault M. Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. p. 126-43. [Coleção ditos e escritos V].

Melo MPP. Gobierno de la población: relación médico-paciente en la pericia médica de la seguridad social. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):23-35.

Este artículo presenta y discute resultados de la encuesta cualitativa sobre la relación médico-paciente en la pericia médica de la Seguridad Social. La encuesta analizó una muestra (n=79) de registros de la Defensoría de la Seguridad Social, conteniendo reclamaciones sobre el trabajo médico de pericia. La relación médico-paciente, en el campo de la previsión social, se realiza por medio de un ajuste a la norma, un desplazamiento en el espacio terapéutico médico-paciente, instrumento de la operación de control para acceso a los beneficios por discapacidad. Las disfunciones en esa interfaz de control resultarían de la práctica de esos límites, de la forma en que ellos están colocados. La seguridad social fue entendida como biopolítica y la actividad médico-pericial como expresión de biopoder, en los términos de la filosofía política de Michel Foucault. Discutir la Seguridad social significa aclarar sus supuestos de seguridad y no desconocer el carácter instrumental que las prácticas médicas asumen en sus engendramientos de seguridad.

Palabras-clave: Bioética. Biopolítica. Previsión Social. Medicina Legal. Relaciones médico-paciente.

Recebido em 04/07/13. Aprovado em 30/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0865

O acesso à contracepção de emergência como um direito?

Os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência

Luíza Lena Bastos[a]
Miriam Ventura[b]
Elaine Reis Brandão[c]

Bastos LL, Ventura M, Brandão ER. Access to emergency contraception as a right? The arguments of the International Consortium for Emergency Contraception. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):37-46.

The International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) has been one of the main disseminators of emergency contraception, which is a strategic drug for public policies that involves sexual and reproductive rights. It has been constituted as a strong academic and political interlocutor, fueling the debate between the different continents. The aim of this paper was to reflect on some discursive elements presented by the consortium on its website, in order to expand access to emergency contraception.

Keywords: Emergency contraception. International Consortium for Emergency Contraception. Reproductive rights. Reproductive health. Sexuality.

O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC) tem sido um dos principais difusores da Contracepção de Emergência (CE), um medicamento estratégico para as políticas públicas que envolvem os direitos sexuais e reprodutivos. Ele se constitui em forte interlocutor político e acadêmico, fomentando o debate entre os vários continentes. Este artigo pretende refletir sobre alguns elementos discursivos apresentados pelo consórcio, em seu *website,* para expandir o acesso à CE.

Palavras-chave: Contracepção de emergência. Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. Direitos reprodutivos. Saúde reprodutiva. Sexualidade.

[a] Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Horacio Macedo, s/nº, próxima à Prefeitura Universitária da UFRJ, Ilha do Fundão, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-598. luizalena2@gmail.com
[b,c] Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. miriam.ventura@iesc.ufrj.br; brandao@iesc.ufrj.br

Introdução[d]

Segundo Philippe Pignarre[1], o medicamento é um objeto social que cria atores e uma relação entre eles. A CE[e], conhecida como "pílula do dia seguinte", ao mesmo tempo em que se socializa define o social. É apenas no encontro com o corpo da mulher que poderemos compreender as dimensões que este medicamento faz surgir na medida em que se encontra em sociedade. Dessa forma, para pensar a CE além de um simples medicamento, mas um instrumento que participa de redefinições na sociedade, que conecta o biológico e o social, é preciso entender o contexto no qual ela está inserida.

Este artigo pretende refletir sobre os elementos que o Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência utiliza para construir seus argumentos na defesa do direito ao acesso à CE através de seu *website*. Trata-se de uma pesquisa socioantropológica, centrada na análise dos documentos veiculados pelo ICEC em seu *website*. Foi realizado um recorte do espaço virtual e selecionada a subseção contida na seção "Publicações e Fontes" (Publications and Resources) e denominada de "Publicações do ICEC" (ICEC Publications), pois ela veicula apenas textos produzidos por membros do consórcio sem levar em consideração outras publicações possíveis que sejam veiculadas pelo consórcio em outras seções do *website*.

Contracepção de emergência: uma alternativa contraceptiva

A CE é um medicamento contraceptivo, utilizado após o ato sexual, que oferece à mulher uma última chance de evitar a gravidez, e representa um importante contraceptivo para as políticas de planejamento reprodutivo. No Brasil, a CE é aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e consta na Política Nacional de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde[3]. Além disso, a CE consta no Manual de Assistência ao Planejamento Familiar do MS de 1996,[4] e foi incorporada às normas técnicas para atendimento às vítimas femininas de violência sexual[5]. Em 1995, foi reconhecida como medicamento essencial pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal legislação indica que a CE possui um cenário jurídico favorável para sua utilização no Brasil[6].

Segundo Foster e Wynn[7], a CE não é uma tecnologia nova, remete-se aos anos de 1920, quando foi descoberto que altas doses de estrogênio poderiam interferir na gravidez de mamíferos. Foi o trabalho de Parkes e Bellerby, dois fisiologistas britânicos, que levou à pesquisa e ao desenvolvimento de métodos de contracepção pós-coito[8]. Entretanto, a história da CE ganhou destaque quando o médico canadense Dr. Albert Yuzpe descreveu, pela primeira vez, um contraceptivo pós-coito que combinava estrogênio e progesterona nos anos 1970, como método que pudesse responder às consequências de um caso de violência sexual. A partir deste momento, diversos estudos foram realizados sobre o que se denominou o "método Yuzpe", sendo possível traçar um perfil farmacológico deste medicamento.

O medicamento acabou se popularizando entre as mulheres e, também, entre as organizações e grupos de mulheres. Países como Canadá, Estados Unidos e da Europa começaram a oferecer a CE em casos de agressão sexual, mas o conhecimento sobre a CE ainda estava muito incipiente, o que limitava seu uso. Foi apenas em 1990 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) conduziu um estudo clínico para comparar o método Yuzpe ao método que já havia surgido em 1980, que continha apenas progesterona e estava sendo desenvolvido por empresas

[d] Este texto deriva de pesquisa que integra o projeto "Uma investigação socioantropológica no âmbito das farmácias: posição dos farmacêuticos e balconistas sobre a contracepção de emergência", coordenado pela professora Elaine Reis Brandão (IESC/UFRJ), com apoio da FAPERJ/CNPq e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

[e] De acordo com Westley, Von Hertzen e Faúndes,[2] Contracepção de Emergência é um termo usado para descrever um grupo de métodos para a prevenção da gravidez quando utilizados nos primeiros dias após a relação desprotegida. Embora muitos métodos hormonais e o DIU tenham sido propostos como métodos pós-coito, o método recomendado pela Organização Mundial da Saúde, em seu estudo publicado na revista Lancet, é o Levonorgestrel 1,5 mg (LNG), administrado em uma dose, ao qual este trabalho se refere.

farmacêuticas. O estudo demonstrou a superioridade deste último tipo e levou a um aumento da expansão do acesso à CE, o qual foi coordenado por diversos países e organizações como o Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC), que surgiu em 1996. O ICEC teve um papel importante na expansão do acesso ao medicamento, aliando-se a indústrias farmacêuticas e facilitando o registro desses medicamentos e a sua incorporação em manuais e normas de diversos países[7].

A CE é um medicamento que envolve polêmicas sobre o seu acesso e o seu uso. Existem profissionais de saúde, cientistas sociais, pesquisadores clínicos, ativistas de direitos sexuais e reprodutivos, e interlocutores das indústrias farmacêuticas que defendem seu uso e argumentam que aumentar a disponibilidade do medicamento levará ao sexo responsável, à diminuição das gravidezes imprevistas, redução de gastos para os sistemas de saúde e empoderamento das mulheres. Mas alguns religiosos, profissionais de saúde, e educadores contra-argumentam que o uso do medicamento levará à promiscuidade e à decadência moral, ao incremento de epidemias de doenças sexualmente transmissíveis (DST), em razão do não-uso do preservativo, à morte do embrião, se eventualmente formado. Foster e Wynn[7] apoiam-se no antropólogo Victor Turner, e acreditam que estas tensões se relacionem com o fato de a CE ser um medicamento que está numa situação liminar. Classificada como um medicamento contraceptivo, mas utilizada após o sexo, isto a confunde com um medicamento abortivo. Desta forma, o acesso a este medicamento e sua disponibilidade nos serviços de saúde se tornam uma questão de saúde pública, com implicações éticas e legais, tornando-se uma questão que recai sobre o domínio dos direitos.

Acesso à contracepção de emergência e direitos

De acordo com Westley, Von Hertzen e Faúndes[2], o acesso à CE deve ser facilitado, pois é o único medicamento que possibilita à mulher evitar a gravidez após o ato sexual desprotegido. Dados os números de gravidezes indesejadas resultantes de estupros, uso incorreto de outro método contraceptivo, a CE se torna um medicamento importante, dando às mulheres uma segunda chance de evitarem consequências físicas e psicológicas que uma gravidez imprevista pode causar, incluindo a necessidade de um aborto legal ou clandestino. Além disso, os autores argumentam que negar o acesso à CE é violar os princípios básicos dos direitos humanos, incluindo: o direito de decidir reproduzir-se, o direito à não-discriminação de gênero e/ou idade, o direito ao acesso aos medicamentos essenciais, e de se beneficiar do progresso científico[8].

Segundo Weisberg e Fraser[9], o acesso à CE é um direito das mulheres, pois garante à mulher uma maneira segura de prevenir a gravidez, caso a mulher não queira ser mãe. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, que ocorreu no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre as mulheres, que ocorreu em Pequim, em 1995, proclamaram que todos os casais e indivíduos possuem o direito básico de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos que desejam ter e, também, o direito de ter informações e educação para tal planejamento. Nesse contexto, as autoras esclarecem que o acesso à contracepção de emergência também faz parte de uma linguagem de direitos e envolve questões, como: o direito ao acesso à CE também é um direito à obtenção do medicamento sem a prescrição médica e sem questionamentos sobre a vida sexual. As barreiras ao acesso devem ser removidas, é essencial que a CE seja disponível OTC (over the counter – sem a prescrição de profissional da saúde). O rápido acesso garante uma maior eficácia para o uso do medicamento, e a necessidade de uma prescrição pode ser uma grande barreira para as mulheres devido à dificuldade de se encontrar um prescritor rapidamente, especialmente nos finais de semana ou à noite, quando, geralmente, o contraceptivo é mais necessário. Entretanto, o medicamento deve ser disponível com informações simples e relevantes, numa linguagem não médica[9].

O direito ao acesso também envolve a eliminação da restrição de uma faixa etária para adquirir a CE; todas as mulheres em idade reprodutiva devem ter o direito de utilizá-la em caso de necessidade. As questões religiosas também se tornam um impedimento para as mulheres receberem o medicamento, pois, em alguns países católicos, por exemplo, a CE é identificada como medicamento abortivo. Neste sentido, as autoras consideram que as evidências sobre o mecanismo de ação da CE devem ser propagadas o máximo possível, pois servirão de argumentos contundentes para apoiar o direito ao

acesso a informações precisas sobre o mecanismo de ação. Lembram que isto já vem sendo publicado pela Federação de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pelo Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. Além disso, consideram que o acesso à CE promove o direito das mulheres ao sexo saudável, satisfatório e não procriativo, além do direito de realizar uma escolha informada entre todas as opções de contracepção efetivas, livres da intervenção médica ou estatal[9].

Para Shaw e Cook[10], o acesso a medicamentos essenciais de saúde reprodutiva é uma questão de direitos humanos. A Federação Latino Americana de Associações de Obstetrícia e Ginecologia declarou, em 2010, que negar a utilização da CE constitui uma violação dos direitos humanos, sobretudo do direito de decidir ter um filho e quando tê-lo; a ser livre de discriminação de gênero e/ou idade; ao acesso ao medicamento e ao progresso científico. Além disso, a associação declarou que o Estado, ao negar o acesso à CE em serviços públicos, discrimina mulheres pobres no seu direito ao cuidado, porque não impede o acesso à CE por mulheres que têm condições de comprá-la em farmácias da rede privada. Concluem seu trabalho afirmando que a aplicação dos direitos humanos para assegurar o acesso aos medicamentos essenciais para a saúde reprodutiva apresenta bons resultados, especialmente em relação à CE. A aplicação dos direitos humanos é crítica para melhorar a saúde materna e do recém-nascido, e assegurar o acesso a medicamentos essenciais, pois os direitos humanos mudam o entendimento das mortes maternas como meros contratempos para injustiças que os Estados são obrigados a remediar[10].

De acordo com Leite[11], após proclamações genéricas relativas ao direito à vida, à saúde, à igualdade e não-discriminação, à integridade corporal e à proteção contra a violência, ao trabalho e à educação, alguns documentos e conferências passaram a se preocupar, especificamente, com a reprodução e sexualidade, e, neste contexto, com a condição feminina; historicamente, a construção dos direitos reprodutivos se deu a partir de algumas conferências: a Primeira Conferência Internacional de Direitos Humanos (Teerã – 1968), que reconheceu a importância dos direitos humanos das mulheres; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a mulher, assinada em 1979; a determinação, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, do decênio 1976-1985, voltada para a melhoria da condição das mulheres, e a Segunda Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena, em 1993, que teve papel fundamental em declarar os direitos das mulheres como parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos[11].

Foi a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre as mulheres de Pequim, em 1995, que firmaram os direitos reprodutivos como categoria decorrente dos direitos humanos. Foi a partir destas conferências que a dimensão reprodutiva apareceu permeada de uma positividade e ligada à ideia de liberdade, ao se constituir como um direito[11]. No Brasil, a reprodução se torna possível como um campo legítimo de direitos a partir da Constituição de 1988. É importante destacar que o Brasil avança neste sentido anteriormente ao Cairo, pois, na constituição de 1988, incluiu, no artigo 5°, que versa sobre a igualdade entre gêneros.

Para Leite,[11] é importante uma relativização da estreita aproximação dos direitos sexuais e reprodutivos ao direito à saúde para que não sejam focados apenas os aspectos negativos tanto da sexualidade quanto da reprodução. A aproximação dos direitos reprodutivos aos direitos humanos pode facilitar a desvinculação da reprodução estando na perspectiva da doença, do controle e da não-gravidez. A autora acredita que modelar a saúde no contexto dos direitos humanos significa torná-la um bem social básico para a dignidade e o bem-estar dos seres humanos, e deixar de tratar o assunto como um bem médico, técnico e econômico[11].

Consórcio Internacional sobre contracepção de emergência: estratégias de ampliação do acesso à CE

O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC) é um consórcio internacional formado por 25 organizações não governamentais para expandir o acesso e promover o uso seguro da Contracepção de Emergência, tendo foco nos países em desenvolvimento.

Em 1995, no mesmo ano em que acontecia a IV Conferência Mundial sobre as mulheres de Pequim, a Fundação Rockefeller convocou uma reunião para discutir a Contracepção de Emergência,

pois, segundo a Fundação, o acesso ao medicamento era precário, sobretudo nos países em desenvolvimento. Esta reunião foi realizada na cidade de Bellagio, na Itália, com a presença de vinte e quatro especialistas de todo o mundo, incluindo o pesquisador brasileiro Dr. Elsimar Coutinho, da Universidade Federal da Bahia, que atuou como presidente da Conferência. Após esta conferência, foi criada a "Declaração de Consenso sobre a Contracepção de Emergência"[12]. Neste documento, os especialistas declaram que é papel dos governos, agências intergovernamentais e organizações não governamentais assegurar que a CE seja inclusa nas políticas de planejamento reprodutivo e nas Listas de Medicamentos Essenciais. Ao todo, sete organizações estavam envolvidas nesta conferência que, posteriormente, funda o Consórcio: *The Concept Foundation*, *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*, *Pacific Institute for Women's Health*, *Pathfinder International*, *PATH (Program for Appropriate Technology in Health), Population Council, World Health Organization Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction (WHO/HRP).*

Segundo Senanayake[13], a combinação de especialistas, fontes e influências fez com que o Consórcio sobre Contracepção de Emergência se tornasse um catalisador da introdução do medicamento e um disseminador de informações sobre a CE ao redor do mundo. Os primeiros quatro países onde a CE foi introduzida com a participação do ICEC foram: Indonésia, Kenia, México e Sri Lanka. Além disso, a autora diz que a vantagem de ser um "consórcio" é que as agências, organizações que participam, falam como "uma só voz". Entretanto, cada uma possui um nicho de atuação onde tem maior influência[13].

No contexto internacional, diversas mudanças em relação à facilitação do registro da CE como medicamento, aumento do acesso ao mesmo e promoção de uma maior conscientização da importância deste medicamento para as políticas de planejamento reprodutivo, foram impulsionadas com a ajuda de Organizações Não Governamentais. O Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência (ICEC) é o principal interlocutor internacional e possui diversos parceiros por todo o mundo. O ICEC foi criado em 1996 com o objetivo de transformar a CE em um método padrão nos programas de planejamento reprodutivo ao redor do mundo, com foco nos países em desenvolvimento. Para isso, o ICEC se uniu à farmacêutica Gedeon Richter em 1996, a fim de introduzir a CE em diversos países. Além disso, o consórcio se propõe a oferecer assistência técnica aos governos, agências internacionais e organizações não governamentais[7,14].

Na América Latina (AL), o ICEC atua juntamente com o Consorcio Latinoamericano sobre Anticoncepción de Emergencia (CLAE). Souza e Brandão[6] assinalam que foram os membros desse consórcio os responsáveis pela criação de condições viáveis para a incorporação desse medicamento no Manual de Assistência e Planejamento Familiar do MS em 1996, no Brasil. Dessa forma, é importante observar a configuração do discurso do acesso à CE com a entrada deste novo interlocutor no espaço social.

Alguns elementos discursivos do consórcio

De acordo com os documentos observados, determinadas noções e concepções podem ser acionadas pelo ICEC para defender os direitos ao acesso à contracepção de emergência. Ressaltam-se como pressupostos, as retóricas da ciência biomédica e aquela voltada para uma argumentação que recai sobre lógicas morais. Em seu documento de perguntas e respostas para gestores, por exemplo, publicado na subseção "ICEC Publications", são levantadas questões de segurança, eficácia e discussões que envolvem o mecanismo de ação da CE. A partir destas categorias, o consórcio evidencia que o medicamento é seguro, eficaz e não abortivo. Além disso, a defesa do fornecimento *over the counter* e para todas as idades também são argumentos veiculados pelo consórcio. Nota-se que, de um lado, tem-se a retórica biomédica/farmacêutica e, de outro, uma ênfase que recai em escolhas morais, na liberdade de decidir, onde todos devem ter acesso ao medicamento sem restrições. Estes domínios constroem um arcabouço argumentativo que o ICEC utiliza para defender o direito das mulheres ao acesso ao medicamento.

Nesta perspectiva, o trabalho de Boltanski[15] nos ajuda a pensar. Para o autor, a formação de coletividades políticas e emocionais, a reivindicação de direitos sob a forma da tópica da denúncia

(justiça, indignação pedagógica, educação das sensibilidades, "deve-se analisar os casos friamente") e a tópica do sentimento (sensibilidades, emoções, externalização da interioridade, empatia com o que ocorreu com o outro). As palavras "tópicas" devem ser entendidas no sentido de uma antiga retórica, a qual não separa as dimensões argumentativas e afetivas. Segundo o autor, a produção de sentimentos à distância e a reivindicação de direitos se dá pela mediação da combinação das tópicas e pela introdução de um argumento que convergem em comprometimento dos indivíduos e que transita do discurso individual para o comprometimento coletivo. O comprometimento é um comprometimento à ação, mas o autor questiona qual a forma que ele toma quando é chamado a agir à distância. Boltanski[15] propõe que os indivíduos possam se comprometer às causas pelo discurso, adotando posturas em prol da causa que lhes é transmitida. O comprometimento político é sempre mediado pelo discurso e é um fenômeno cada vez mais observado e cada vez mais se expressa na elaboração de políticas públicas, nos discursos e nas ações[15].

Lacerda[16] e Figurelli[17] vão desvendando, ao longo de suas teses, o modo como linguagens de direitos vão sendo construídas por diferentes atores sociais a partir de gramáticas morais e emocionais (injustiça, sofrimento, humilhação), em uma escala que mostra a tradução de experiências locais (pessoas, familiares) em linguagens coletivizadas, de direitos, de causa e luta. Em uma escala diferente, Hahn e Holzscheiter[18] assinalam que as ONG, agindo por meio do seu poder simbólico, medeiam as experiências locais em linguagens de direitos, defendendo altruisticamente os interesses e perspectivas dos outros, se referindo a uma linguagem moral e argumentativa[16-18].

A fim de promover uma reflexão sobre o conceito das ONG, o trabalho de Hahn e Holzscheite[18] argumenta sobre a ambivalência de suas ações, pois é em um campo de tensões entre o empoderamento e as restrições estruturais que o discurso das ONG internacionais se detém. Agindo como os defensores de uma causa, são conferidas com um poder moral e credibilidade que possibilitam que exibam várias dimensões de um poder simbólico. Tomando o conceito de Bourdieu, de capital simbólico, as autoras assinalam que as ONGs possuem um certo capital simbólico. Elas são vistas como atores legítimos, respeitabilidade conferida por outros atores, ou seja, possuem um acúmulo de reconhecimento e reputação, o que é fundamental para que sejam vistas como autoridades morais que fornecem informações verossímeis[18].

Este capital simbólico, do qual as Organizações Não Governamentais são investidas e que as legitima, remete ao seu poder de representação. Segundo Bourdieu[19], o ato de representar, isto é, delegar a uma pessoa ou grupo o poder de falar e agir em seu lugar, é um ato complexo que merece reflexão. Existe uma autonomia do direito que possibilita a produção de classificações, uma ilusão socialmente constituída que faz parecer que o direito só reconhece e não cria. Neste sentido, o poder da representação também classifica e "dá nome" aos grupos: "É porque o representando existe, porque representa (ação simbólica), que o grupo representado, simbolizado, existe e faz existir, em retorno, seu representante como representante de um grupo"[19].

Dessa forma, percebe-se que, nessa relação circular, o porta-voz pode ser considerado como a *causa sui generis,* já que ele é a causa do que produz o seu poder, já que o grupo que o investe de poderes não existiria – ou não existiria plenamente enquanto grupo representado – se ele não estivesse ali para encarná-lo[19].

Assim, a delegação é o ato pelo qual um grupo se constitui, dotando-se de um conjunto de coisas – uma sede, militantes profissionais, uma organização burocrática, como: uma marca, uma sigla, assinatura, carimbo oficial etc. O grupo existe a partir do momento em que se dotou de um órgão permanente de representação capaz de "falar por", "falar no lugar de". Dessa forma, esse ato original, filosófico e político da representação é um ato de magia que permite fazer existir o que não passava de uma coleção de pessoas plurais, vários indivíduos justapostos, sob a forma de uma pessoa fictícia, um corpo místico encarnado num corpo biológico[19].

Aquilo que é *bios* – o corpo, a vida e a saúde – é um tema que vem assumindo grande relevância junto a diversas disciplinas e convergindo com os estudos sociais sobre saúde, num campo onde interagem debates sobre biomedicina e sociedade, ciência e democracia, conhecimento e poder[20]. De acordo com Camargo[21], a biomedicina é uma racionalidade do conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia, e vincula-se a um imaginário científico que possui um caráter

generalizante, mecanicista e analítico, isto é, esta racionalidade produz discursos universalizantes e naturalizantes que concebem o universo como gigantesca máquina e, além disso, uma abordagem teórica e metodológica que é adotada para elucidar "leis gerais". Assim, a biomedicina se torna um espaço importante de intervenção e regulação da sociedade, dos corpos, ao mesmo tempo em que as próprias ciências da saúde e da vida vão assumindo relevância política, pois contribuem para definir o que é igualdade e diferença biológica, social, justiça e os limites de cidadania. A ideia de biomedicalização a partir da ideia de biopoder designa a entrada daquilo que é *bios* no domínio do poder e da política a partir da relevância dada ao discurso científico da biologia. Por outro lado, a biologia, o corpo e a saúde se tornam objetos de luta política na sociedade[20,21].

A entrada do *bios*, do discurso médico, na vida das pessoas é o que Conrad[22] chama de medicalização, ou seja, o processo no qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doença e desordem. Para o autor, a medicalização é uma ação coletiva que envolve o poder da autoridade médica, seja ele cultural ou de influência profissional; além disso, os movimentos sociais, grupos de interesses, pacientes e indústrias farmacêuticas também promovem a medicalização. Dessa forma, a medicalização aumenta o controle social médico sobre o comportamento humano pela expansão de uma jurisdição médica[22].

Conrad[22] concorda com Foucault e argumenta que este é um processo que advém de dois sonhos da medicina (profissão médica nacionalizada e desaparecimento das doenças), os quais são isomórficos: o primeiro se expressa numa maneira positiva, militante, a medicalização dogmática da sociedade, o estabelecimento de uma quase religião e o estabelecimento de um clero terapêutico; já o segundo, se expressa negativamente, pois, ao exterminar todas as doenças, a própria medicina desaparecerá juntamente com o seu objeto. Para o autor, a medicalização pode ser reconceitualizada em biomedicalização se a pensarmos como o aumento do processo de medicalização. Um processo multissituado, multidirecional, que hoje está sendo reconstituído por práticas tecnocientíficas da biomedicina. Entretanto, Conrad[22] argumenta que o conceito de biomedicalização é muito mais amplo, mas pondera que claras mudanças na medicina tiveram um impacto sobre a medicalização.

De acordo com Browner e Sargent[23], um grande esforço para a análise das múltiplas forças sociais que modelam experiências de reprodução das mulheres também dirigiu a atenção da antropologia médica para os modos como as ideologias e práticas da biomedicina determinam as opções de reprodução. A sinergia entre pesquisadoras feministas e ativistas gerou uma abordagem política da saúde das mulheres, diferente da abordagem biomédica, havendo uma resistência das mulheres diante da autoridade da biomedicina. A ideia de que a política permeia todos os aspectos da sexualidade e reprodução, o que levou ativistas feministas a se engajarem em lutas a favor da contracepção e aborto, contra aids, contra a gravidez na adolescência etc. Segundo as autoras, alguns estudos antropológicos mostram que os debates referentes aos riscos do uso de estrogênio, por exemplo, são influenciados pelo fato de que este é prescrito apenas para mulheres. Tais estudos demonstram que o desenvolvimento tecnológico no campo da saúde das mulheres é determinado mais por fatores ideológicos e sociológicos do que por interesses e necessidades das próprias mulheres[23].

Isto vai ao encontro do trabalho de Conrad[22] quando diz que os estudos sociológicos e de escolas feministas têm mostrado quanto os problemas das mulheres têm sido desproporcionalmente medicalizados. Por exemplo: os estudos de reprodução e controle de natalidade, nascimentos, infertilidade, síndrome pré-menstrual, menopausa, entre outros. O autor enfatiza o aspecto de gênero, enquanto a medicalização do corpo feminino continua, o corpo masculino está se tornando medicalizado. Portanto, a saúde e o direito medeiam a regulação da sexualidade e reprodução e, no campo da reprodução, o corpo da mulher, enquanto matriz reprodutiva, é sempre localizado no processo de medicalização.

Considerações finais

Os elementos discursivos do ICEC destacados no artigo, para expandir o acesso à CE, sugerem que processos de medicalização e biopolítica estão sendo manejados pelo consórcio para tal objetivo. Dessa

forma, mesmo em uma linguagem dos direitos, a regulação do corpo das mulheres é evidente, não se trata de impor uma lei aos corpos, mas de dispor as coisas e utilizar táticas para que se chegue a um fim. Há uma "intencionalidade sem sujeito" onde a dinâmica é instaurada e reproduzida por todos. Este regime das táticas permite o controle entre os corpos e seus costumes, hábitos, formas de agir e pensar a epidemia, a morte, a reprodução, a sexualidade etc. Dessa forma, para Foucault, o ato de governar terá como instrumento fundamental tanto o interesse individual quanto o interesse coletivo, de gerir a coletividade de modo profundo, nos seus detalhes[24,25].

Por fim, é importante destacar que não se trata de dizer a verdade sobre o outro, mas fazer uma objetivação relativa, colocar em cena, pensar e ponderar os discursos que se está observando. Além de indicar os embates e oposições que emergem na defesa dos direitos à contracepção de emergência, importa refletir sobre como os interlocutores, na luta a favor destes direitos, os produzem socialmente.

Colaboradores

Todos os autores participaram diretamente do processo de planejamento do manuscrito. No momento da escrita, participaram com diferentes tarefas no processo: após a redação do artigo, realizada pela autora Luiza Lena Bastos, as coautoras orientaram o manuscrito com correções e sugestões.

Referências

1. Pignarre P. O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Editora 34; 1999.

2. Westley E, Von Hertzen H, Faúndes A. Expanding access to emergency contraception. Int J Gynecol Obstet. 2007; 97:235-7.

3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2011.

4. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4a ed. Brasília, DF: MS; 2002.

5. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2005.

6. Souza RA, Brandão RE. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços de saúde. Physis. 2009; 19(4):1067-86.

7. Foster AM, Wynn LL. Emergency contraception: the story of a global reproductive health technology. Nova York: Palgrave Macmillan; 2012.

8. Prescott HM. The morning after: a history of emergency contraception in the United States. Madison: Rutgers University Press; 2011.

9. Weisberg E, Fraser IS. Rights to emergency contraception. Int J Gynecol Obstet. 2009; 106:160-3.

10. Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. Int J Gynecol Obstet. 2012; 119: 55-9.

11. Leite V. Sexualidade adolescente como direito? A visão de formuladores de políticas públicas. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2013.

12. World Health Organization. Consensus statement on emergency contraception. Contraception. 1995; 52:211-3.

13. Senanayake P. A new collaboration: making emergency contraceptives available in developing countries. Int J Gynecol Obstet. 1999; 67:59-65.

14. Ellertson C, Heimburger A, Garcia DA, Schiavon R, Mejia G, Corona G, et al. Information campaign and advocacy efforts to promote access to emergency contraception in Mexico. Contraception. 2002; 66(5):331-7.

15. Boltanski L. Distant suffering: morality, media and politics. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.

16. Lacerda P. "O caso dos meninos emasculados de Altamira": polícia, justiça e movimento social [tese]. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.

17. Figurelli F. Famílias, escravidão, luta: histórias contadas de uma antiga fazenda [tese]. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.

18. Hahn K, Holzscheiter A. The ambivalence of advocacy: representation and contestation in global NGO advocacy for child workers and prostitutes. In: Proceedings of World International Studies Conference; 2005, Istambul, Turquia. Istambul: Bilgi University; 2005. p. 1-36.

19. Bourdieu P. "A delegação e o fetichismo político". In: Bordieu P, organizador. Coisas ditas. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 189-206.

20. Marques FA. Entre bios e polis? Debates contemporâneos sobre saúde, biomedicina e biocidadania. Prisma Juridico. 2010; 9(1):75-89.

21. Camargo Júnior KR. A biomedicina. Physis. 2005; 15 Supl:177-201.

22. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2007.

23. Browner CH, Sargent C. Dando gênero à Antropologia Médica. In: Saillant F, organizador. Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 351-401.

24. Foucault M. A governamentalidade. In: Foucault M, organizador. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 2005. p. 277-93.

25. Furtado M, Szapiro A. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. Saude Soc. 2012; 21(4):811-21.

Bastos LL, Ventura M, Brandão ER. ¿El acceso a la contracepción de emergencia como un derecho? Los argumentos del Consorcio Internacional sobre Contracepción de Emergencia. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):37-46.

El Consorcio Internacional sobre Contracepción de Emergencia (ICEC) ha sido uno de los principales difusores de la contracepción de emergencia, un medicamento estratégico para las políticas públicas que envuelven los derechos sexuales y reproductivos. Se constituye como un fuerte interlocutor político y académico fomentando el debate entre los varios continentes. Este artículo pretende reflexionar sobre algunos elementos discursivos presentados por el consorcio en su *website* para ampliar el acceso a la CE.

Palabras clave: Contracepción de Emergencia (CE). Consorcio Internacional sobre Contracepción de Emergencia. Derechos reproductivos. Salud reproductiva. Sexualidad.

Recebido em 22/10/13. Aprovado em 03/11/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0560

O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica

Luana Rodrigues de Almeida[a]
Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva[b]
Liliane dos Santos Machado[c]

Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary care service. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):47-59.

The objective of this study was to analyze professional practices in attending to the health of women in situations of violence, identifying the elements of the work process and their relationship to emancipation from gender oppression. For this, it was investigated among healthcare professionals at a primary care service whether the intentions of the current healthcare policies for women were being implemented within professional practice through work processes designed for this purpose. From a qualitative investigation, the results showed the invisibility of violence in the service and lack of awareness of the gender category and its complexity. Thus, adapting healthcare work processes for attending to women in situations of violence constitutes a major challenge with regard to providing assistance with the potential for emancipation from gender oppression and which is consistent with policy assumptions.

Keywords: Violence against women. Work process. Healthcare personnel.

O objetivo deste estudo foi analisar as práticas profissionais na atenção à saúde da mulher em situação de violência, identificando os elementos do processo de trabalho e sua relação com a emancipação da opressão de gênero. Para tanto, investigou-se, com profissionais de saúde de um serviço de atenção primária, se as intenções da atual política de saúde da mulher estariam sendo realizadas na prática profissional por meio dos processos de trabalho destinados a esse fim. A partir da pesquisa qualitativa, os resultados evidenciaram a invisibilidade da violência no serviço e o desconhecimento da categoria Gênero e da sua complexidade. Configura-se, portanto, a adequação do processo de trabalho em saúde na atenção a mulheres em situação de violência como um grande desafio para a produção de uma assistência potencialmente emancipatória da opressão de gênero e condizente com os pressupostos da política.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Processo de trabalho. Pessoal de Saúde.

[a] Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Cidade Universitária, s/n. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900. luanaralmeida02@gmail.com
[b] Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiátrica, Centro de Ciências da Saúde, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. anaterezaprof@gmail.com
[c] Centro de Informática, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. liliane@di.ufpb.br

Introdução

A violência perpetrada contra a mulher é um fenômeno social que tem recebido visibilidade, nos últimos tempos, pela sua elevada frequência, recorrência e severidade dos casos. A magnitude das suas consequências à saúde fez com que o problema fosse reconhecido mundialmente como uma grave questão de Saúde Pública[1]. Tal violência parece expressar relações de iniquidades entre homens e mulheres nas quais - pela vantagem biológica de sua força física - o homem tem sido beneficiado.

Atualmente, a violência de gênero é reconhecida como uma violação aos direitos humanos das mulheres e é compreendida como a aplicação da força física e/ou constrangimento psicológico que se impõe a alguma mulher contra seus interesses, vontades e desejos[2]. Esse tipo de violência tem sido produzido sob a organização hierárquica do domínio masculino nas relações historicamente delimitadas, culturalmente legitimadas e cultivadas, nas quais a mulher está exposta a agressões objetivas e subjetivas, tanto no espaço público como no privado, com repercussão na sua saúde física e mental[3].

No sentido de explicar a violência contra a mulher, a categoria sociológica gênero faz uma abordagem que considera a diversidade dos processos de socialização de homens e de mulheres. Contrapõe-se ao entendimento do enfoque hegemônico clássico, que *naturalizou* as desigualdades entre os sexos, determinando consequências que impactam a vida e as relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher de sua emancipação social e trazendo prejuízos para ambos os sexos. Na cultura hegemônica, a rígida divisão sexual da vida social determinou a existência de um mundo masculino cuja base é o poder e o reconhecimento social, enquanto o mundo feminino é relegado à invisibilidade e à falta de valor social[4]. Segundo Fonseca[5], na atualidade, a contradição de gênero é uma das três grandes contradições produzidas na sociedade ocidental. As outras duas são referentes à classe e à raça/etnia.

A categoria Gênero foi teoricamente reformulada pela historiadora norte-americana Joan Scott. Para Scott[6], gênero é um termo que se refere aos domínios estruturais e ideológicos existentes na relação entre os sexos, denunciados com veemência pelo movimento feminista, com ênfase no caráter social das distinções baseadas no sexo. Nesse enfoque, o termo gênero indica a "rejeição ao determinismo biológico" e valoriza o aspecto relacional e social da reciprocidade para a compreensão de homens e mulheres[6].

A violência contra a mulher é hoje reconhecida quase como sinônimo de violência de gênero. Entretanto, Saffioti[7] defende que a violência de gênero engloba tanto a violência do homem contra a mulher, como o contrário, "uma vez que o conceito de gênero é aberto". Apesar disso, a premissa comum é de que o termo gênero exprime a relação de poder, dominação-exploração, e esse polo explorado é quase predominantemente ocupado pela figura feminina. Por isso, ocorre, comumente, a nomeação da violência contra a mulher como violência de gênero.

Nesse sentido, Guedes et al.[8] afirmam ser fundamental, para a compreensão da violência conjugal, apoiar-se no enfoque de gênero. Para essas autoras, entender a violência contra a mulher com suporte na abordagem de gênero significa reconhecer a hierarquia de poderes na sociedade, onde a mulher sempre esteve em posição inferior, posição essa aceita e legitimada por desigualdades construídas e naturalizadas ao longo da história.

Considerando a explicação hegemônica sobre a naturalização essencial do feminino e do masculino ou sobre os gêneros naturalizados, a desigualdade sexual, produzida nos primórdios da história, mantém-se na atualidade por meio de interesses sociais igualmente naturalizados, constituindo uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial do ser humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade. Segundo Chauí[9], ao discurso naturalista opõe-se o que afirma que a humanidade do ser humano é construída nas relações sociais. Essa última compreensão pressupõe que os fenômenos sociais sejam produtos da ação humana e possam ser por ela transformados.

No enfoque da construção social como resultado da ação humana, um dos grandes desafios das políticas públicas no Brasil relativas à mulher é transformar a intenção revolucionária da política em gesto que lhe corresponda, na ação de práticas profissionais com potencial para fomentar a emancipação da opressão de gênero. Na área da saúde, isso significa contribuir para o reconhecimento da transformação paradigmática do *Modelo de Atenção à Saúde* da mulher. A categoria *Modelo de Atenção à Saúde* é

compreendida, neste estudo, no enfoque defendido por Gonçalves[10], como um conceito que tem suporte em três pilares: a) as intenções da política; b) a organização dos serviços, e c) os processos de trabalho. Nesse sentido, defendemos o argumento de que só haverá mudança do modelo de atenção se houver a transformação desses três pilares em um processo dinâmico. No entanto, depois do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), verifica-se uma mudança nos dois primeiros eixos, e o que se observa é a manutenção de um processo de trabalho desarticulado com os demais pilares. Disso decorre a importância deste estudo, que analisa os avanços já conquistados nesses três pilares, pela verificação da produção de conhecimentos e de sua aplicação nas práticas profissionais da área da saúde. O estudo também sinaliza sobre a necessidade de produção de novos saberes e práticas, importantes para o reconhecimento de que a área da saúde da mulher apresenta uma lenta aproximação com os princípios e diretrizes emancipatórias que a teoria de gênero defende e o atual sistema de saúde comporta.

Na especificidade da área da saúde, a mulher apresenta problemas e necessidades singulares, diferentes das necessidades dos demais grupos que compõem a esfera social. Há um reconhecimento oficial sobre o impacto dos determinantes sociais na saúde da mulher, que se manifesta na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ao se afirmar que a vulnerabilidade feminina, frente a certos agravos, está mais relacionada com as questões de gênero, como a situação de discriminação na sociedade, do que com fatores biológicos[11].

Em trabalhos anteriores de Souza et al.[12], verificou-se que a discriminação nas relações de trabalho, a sobrecarga pela soma de responsabilidade de trabalho nas esferas pública e doméstica, a violência e a falta de poder de decisão sobre o corpo são exemplos de fatores que provocam ou agravam os problemas de saúde das mulheres. Desse modo, na construção histórica e social das identidades de gênero, tem-se atribuído, às mulheres, condições de vida e trabalho precárias e opressoras (porque subalternas) que impactam sua saúde física, mental e social e, por isso, se requer uma acurada consideração no âmbito da saúde coletiva.

Na atualidade, um desses fatores de grande destaque é a violência de gênero, fenômeno que passou a fazer parte da agenda da Saúde Pública do Brasil, a partir dos anos de 1990, fundamentalmente pelo crescente número de mortes e traumas que provoca. A Organização Pan-Americana da Saúde, em 1994, priorizou a violência social (que contém a violência de gênero) como tema na elaboração do seu plano de ação regional, instando os governos a executarem ações interinstitucionais, a fim de prevenirem as consequências fatais e os agravos à saúde relacionados à violência[1]. O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra Mulher[13] reconhece a complexidade e a frequência da violência contra mulher como um problema de saúde pública; e a necessidade de intervenções multidisciplinares não só para o combate, mas, também, para a prevenção, atenção, proteção e garantia dos direitos das mulheres e de sua família em situação de violência, com vistas a superar as desigualdades de gênero.

Nesse contexto, os serviços de saúde fazem parte da rota percorrida por grande parte das mulheres em situação de violência de gênero. Contudo, nesses serviços, segundo Guedes et al.[8], muitas vezes, a atenção à saúde se restringe à lesão ou ao dano físico, consequência da violência, sem nenhuma, ou muito pouca, consideração sobre ela como categoria sociológica que faz interseção com a área da saúde. Isso porque a lesão se constitui um problema específico da área da saúde, sobretudo no enfoque hegemônico do modelo de assistência tradicional e exclusivamente biológico. No sentido de repensar essas práticas profissionais em saúde, a investigação de programas, serviços, intervenções e tecnologias que analisem o potencial transformador dos instrumentos empregados nos processos de trabalho é um tema a ser levado em conta, por se constituir naquilo que Conill[14] considera uma ferramenta de apoio à avaliação de implementação e consolidação das políticas públicas.

No Brasil, o processo de municipalização das ações e serviços de saúde tem exigido, cada vez mais, o emprego de métodos analíticos e avaliativos para subsidiar gestores e técnicos na redefinição de diretrizes, estratégias e objetivos para a efetivação do atual sistema de saúde. Todavia, segundo Campos[15], os parâmetros oficialmente adotados para avaliação do desempenho dos serviços de saúde têm-se limitado a quantificar a produção das unidades, aos indicadores de produtividade e à análise das capacidades de utilização de equipamentos e instalações, sem uma aproximação significativa com o enfoque de abordagem qualitativa.

Diante da problemática apresentada, questiona-se: as intenções da atual política de saúde destinada à mulher estão sendo realizadas na prática profissional, por meio dos processos de trabalho destinados a esse fim? Para Gonçalves[10], o trabalho é uma categoria potente para responder às novas necessidades sociais que demandam mudanças. No enfoque, a transformação deve ocorrer tanto no modo de conceber o trabalho, como na maneira de processá-lo. Assim, o trabalho é uma categoria que materializa os modelos assistenciais em saúde. Por essa razão, na análise desse estudo, procurou-se identificar e compreender os diferentes elementos do processo de trabalho na assistência à saúde da mulher em situação de violência de gênero, para verificar a adequação e articulação entre o objeto, a finalidade e o instrumento de trabalho – os três elementos do processo de trabalho, segundo Marx[16] – na perspectiva de um trabalho com potencial para fomentar a emancipação da mulher da opressão de gênero.

Percurso metodológico

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Agência do Ministério da Ciência e Tecnologia (NCT), intitulado: O trabalho das Práticas Profissionais na atenção à mulher em situação de violência doméstica e sua relação com a emancipação da opressão de gênero.

O estudo atendeu à Resolução nº 196/96, hoje substituída pela 466/12, do Conselho Nacional em Saúde/Ministério da Saúde do Brasil, que dispõe e regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, iniciou-se a investigação junto à Unidade de Saúde, cenário de estudo.

A pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa pela necessidade de se apreender o significado cultural e ideológico que a violência de gênero assume para os profissionais de uma Equipe de Saúde da Família. Para isso, arguiu-se sobre as concepções/saberes com conteúdos da abordagem de gênero que orientam os processos de trabalho na atenção dispensada às mulheres em situação de violência.

O cenário de estudo foi uma Unidade Estratégia de Saúde da Família – ESF, localizada em João Pessoa, no estado da Paraíba, Brasil, a qual tem cadastradas cerca de novecentas famílias. A escolha desse cenário deveu-se à sua condição de mecanismo estratégico para reorientação do modelo assistencial em saúde. Disso decorre a importância de se investigarem os saberes que orientam as práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência doméstica na nova perspectiva paradigmática.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da ESF, local do estudo. A equipe foi composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, um Agente de Saúde Bucal (ASB), sete Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e uma marcadora de consultas. Tais profissionais foram entrevistados ao longo de um mês, a partir de um roteiro de entrevistas semiestruturado. Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, os depoimentos foram categorizados de acordo com a ordem do entrevistado em *E(1), E(2)* e, assim, sucessivamente.

Como fonte do material empírico, foram usados os depoimentos dos profissionais da unidade, obtidos por meio de entrevistas, acerca de suas concepções (saberes) a respeito da violência doméstica e sobre a assistência prestada a mulheres que procuram o serviço, vítimas desse tipo de violência, no sentido de investigar a correspondência entre o discurso da política e a prática profissional que a executa, identificando os diferentes elementos do processo de trabalho.

Os depoimentos foram gravados, transcritos em sua íntegra e analisados pela técnica de análise de discurso proposta por Fiorin[17]. Essa técnica permitiu compreender os sentidos que as intenções da política de saúde da mulher assumem, enquanto objeto teórico-prático, a partir da identificação das contradições que produzem as tensões entre dois diferentes polos da argumentação: temas e práticas referentes à resistência à transformação do *status quo* – no enfoque da manutenção do modelo de atenção tradicional, em confronto com a identificação de temas e práticas, que informam possibilidades de aproximação com a transformação do modelo hegemônico.

Nesse sentido, considerando o enfoque defendido por Gonçalves,[10] em que o processo de trabalho é um dos pilares da categoria Modelos de Atenção à Saúde, os depoimentos foram analisados na perspectiva de se contrapor o modelo de atenção tradicional curativo ao novo modelo que se pretende no contexto do SUS e que, na saúde da mulher, comporta a estratégia política de emancipação de gênero. De acordo com Gonçalves[10], a organização tecnológica do trabalho em saúde, ainda dominante no país nos dias atuais, atende ao modelo de atenção tradicional que recortou, como objeto de trabalho, o corpo humano em suas dimensões individual e coletiva. A finalidade, por sua vez, foi recortada como o controle das doenças e a recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença. Entre os instrumentos, há o saber que, em combinação com a visão de mundo dos profissionais, se manifesta nos equipamentos de diagnóstico e terapêuticas.

Considerando o objeto e os objetivos deste estudo, após leituras dos textos, foram identificados os temas que orientaram a construção das seguintes categorias: 1) A invisibilidade da violência contra a mulher e sua relação com o objeto de trabalho em saúde da mulher; 2) A finalidade do trabalho em saúde da mulher: a predominância dos aspectos biológicos na busca pela cura física e psicológica dos danos; 3) Gênero: o novo saber como instrumento de trabalho na perspectiva da superação paradigmática.

Resultados e discussão

A invisibilidade da violência contra a mulher e sua relação com o objeto de trabalho em saúde da mulher

Na atenção à mulher em situação de violência doméstica, a superação da opressão de gênero há que ser considerada, enquanto objeto de trabalho, para que sejam mobilizadas estratégias capazes de nortear uma assistência especializada, associada a enfoques de outras áreas do conhecimento, como a Sociologia e o Direito, para potencializar a transformação do modelo hegemônico de saúde, de enfoque apenas biológico. Nesse contexto, defende-se a transdisciplinaridade e argumenta-se que o enfoque dos estudos e intervenções nesse campo deve remeter-se à saúde na sua concepção social, e não apenas na sua dimensão biológica, pois só assim a violência contra a mulher poderá ser vislumbrada, no interior dos serviços de saúde, como um fator que produz necessidade em saúde da mulher e que, por isso, requer a vigilância da violência de gênero, no contexto da saúde coletiva[18].

Entretanto, os depoimentos dos participantes do estudo não evidenciaram essa característica, e a violência contra a mulher, além de pouco percebida, foi igualmente pouco valorizada pelos profissionais. Para Schraiber et al.[19], os profissionais de saúde não reconhecem a violência contra a mulher como uma "transgressão de direito ou mesmo instaurador de um processo saúde-doença, por esse motivo desconhecem a importância de intervenção de mesmo porte socioinstitucional que as demais violências."[19] Assim, ao desconhecerem a violência doméstica e suas interfaces com a saúde, os profissionais também a desconhecem como objeto de trabalho em saúde.

O não-reconhecimento da violência nos serviços de saúde é provocado por diversos fatores, entre eles: a dificuldade, relatada pelos profissionais, de intervir em assuntos tidos como delicados e íntimos. Apesar da ampla divulgação nos meios de comunicação, com o objetivo de promover maior visibilidade ao problema e torná-lo de interesse público e civil, buscando-se romper com o *caráter* exclusivamente privado do fenômeno, e criar mecanismos para sua prevenção e solução, a partir da responsabilização social do problema, a intervenção pública ainda acontece de forma discreta e com pouco efeito, posto que essa problemática ainda é vista como assunto referente ao *locus* privado, constituindo, portanto, assunto restrito ao casal.

Essa realidade foi demonstrada nos relatos dos entrevistados, ao expressarem a sua pouca intervenção em situações que envolvem a violência perpetrada contra as mulheres, por tratar-se de um assunto íntimo e conjugal, conforme os depoimentos que afirmam:

> "É muito complicado pelo seguinte, é aquilo que a gente fala, muitas vezes perpassa pelo segredo de família". E (8)

> "[...] eu disse pra ela que não queria saber o porquê nem queria entrar na vida dos dois". E (1)

Um estudo realizado por Sugg e Inui[20], com médicos com atuação na atenção primária à saúde, buscou investigar as experiências desses profissionais no atendimento a vítimas de violência doméstica e determinar os obstáculos na identificação e intervenção nos casos. Os resultados concluíram que abordar a violência doméstica é semelhante a "abrir a caixa de Pandora", pois envolve sentimentos de incômodo e impotência, receio de ser ofensivo e interferir na vida conjugal, perda do controle da situação e constrangimento.

Para Schraiber e D'Oliveira[21], os profissionais de saúde não atribuem a devida importância à violência pelo fato de as próprias mulheres, em situação de violência, não relatarem o caso. Desse modo, ele não se constitui parte da demanda do serviço. As autoras acrescentam que:

> As mulheres evitam falar por medo, sentimentos de vergonha ou culpa pelo ocorrido; os familiares ou vizinhos, porque valorizam seu individualismo e não acreditam que devam se solidarizar com a mulher, ou acham que seria intromissão em assunto privado, ou ainda, também por medo; os profissionais, porque não sabem o que fazer ou não querem se adiantar à mulher[21].

A consideração de impotência perante os casos de violência, seja por falta de tempo, "falta" de demanda ou por não se considerarem profissionalmente preparados, fez com que os profissionais declarassem a necessidade de capacitação em gênero para proporcionar autonomia e uma atuação mais efetiva diante de tais situações.

> "Acho que a gente precisa de um curso pra gente se profissionalizar e ajudar essas pessoas de uma forma mais técnica". E (3)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como uma estratégia de educação profissional com foco na problematização e mudanças de prática. Essa EPS, para os profissionais envolvidos com o atendimento a mulheres vitimizadas, é uma das medidas de integração e prevenção preconizadas na Lei Nacional Maria da Penha nº 11.340 de agosto de 2006, criada para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher[22]. Apesar de importante, questionar e interessar-se pelo problema remetido pela mulher não é suficiente, isso porque "saber perguntar sobre as agressões é tão importante quanto saber o que fazer quando a resposta for positiva", ou seja, além de perguntar sobre a violência é importante "dar sentido assistencial a essa pergunta"[19,23]. Por esse motivo, treinamento, supervisão e conhecimento por parte dos profissionais, a respeito da rede de serviços existentes, são fundamentais.

Para Schraiber e D'Oliveira[24], a área da saúde apresenta sérias dificuldades em trabalhar questões percebidas como culturais, sociais e até psicológicas. A proposta de investigação de casos de violência contra a mulher pode acabar por produzir duas outras situações delicadas: a primeira seria a de rejeição do problema pelo fato de ele não ser percebido como doença, mas, sim, como questão social; a segunda situação seria decorrente do efeito contrário, ou seja, por ser identificada nos serviços de saúde, a violência poderia ser percebida apenas sob o ponto de vista patológico, com o tratamento de lesões, reduzindo a questões somáticas aquilo que é fruto de relações sociais. Daí decorre a necessidade de utilização de novos saberes e técnicas que favoreçam a identificação e abordagem do problema, para contribuir com a visibilidade e enfrentamento da violência contra mulheres nos serviços de saúde. Nesse sentido, estão sendo pensadas novas formas de capacitar e abordar o problema com esses profissionais, fazendo uso de novas tecnologias, a exemplos de jogos de vídeo, com o intuito de mobilizar novos saberes que levem a mudança de práticas[25].

A finalidade do trabalho em saúde da mulher: a predominância dos aspectos biológicos na busca pela cura física e psicológica dos danos

A finalidade do trabalho em saúde da mulher revela-se no sentido da cura e da saúde reprodutiva. Nesse sentido, os profissionais de saúde apresentam uma grande dificuldade para intervir nos casos de violência, devido ao seu caráter social. Assim, a atuação dos profissionais apresentou-se restrita ao encaminhamento, diante da ausência de agravos físicos e da doença propriamente dita.

Para Schraiber et al.[19], os profissionais de saúde são, em geral, competentes para atuar com a doença e o corpo que adoece, diagnosticando e tratando casos em que há a presença de sinais e sintomas característicos. Para esses autores, ocorre a predominância de uma assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, valorizando o modelo hegemônico biomédico e desprezando ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. A esse respeito, Feurwerker[26] afirma que as necessidades de saúde, tecnicamente definidas, e as práticas estabelecidas pelos serviços acabam por limitar a ação profissional, restringindo à atenção ao atendimento das demandas e desconsiderando as singularidades e as subjetividades que interferem no processo saúde-doença, como, por exemplo, situações e relações conjugais conflituosas. Portanto, pode-se afirmar que o contexto social dos usuários continua desvalorizado na atenção à saúde, fazendo com que a violência contra a mulher seja rejeitada nesses serviços, por não visualizarem doença ou o risco de adoecer em mulheres que procuram o serviço com tais queixas.

Nesta pesquisa, o que ilustra claramente essa situação é o processo de "psicologização" da violência. Diante da ausência de agravos físicos, os profissionais se mostram impotentes para atuarem, encaminhando aquelas usuárias a quem teoricamente tem habilidades para resolver aquele problema que, se não é físico, é mental, ou seja, aos serviços de Psicologia. Porto[27] entende por "psicologização" o enfrentamento de uma questão cultural, social e/ou econômica como um transtorno psicológico. Nesse sentido, os encaminhamentos são entendidos como uma forma de transferir, para a Psicologia, um problema considerado de difícil solução ou com pouco valor para a saúde – como são percebidos os casos de violência contra a mulher –, que passa a ser demandado ao profissional da Psicologia.

Houve uma predominância quase unânime de depoimentos que ressaltavam a importância do psicólogo no serviço para tratar de tais assuntos tidos como de interesse e práticas da saúde mental, como verificou-se nos depoimentos seguintes:

> "Já foi até colocado aqui, a gente ter um psicólogo, pelo menos assim, que viesse de quinze em quinze dias, entendeu? [...] Era bom que viesse um fisioterapeuta uma vez no mês, um psicólogo, principalmente". E (4)

Além de relatarem a importância e a necessidade de um psicólogo na unidade para resolver problemas que, segundo os entrevistados, são do interesse e da atuação do campo da saúde mental, os sujeitos da pesquisa também falaram a respeito do encaminhamento aos serviços de Psicologia como intervenção possível dentro das suas limitações enquanto profissional.

> "Olha, primeiro eu a deixo falar, desabafar, e digo: 'olha você quer uma ajuda de um profissional, porque tem psicólogos, que procuram orientar. Se você quiser vá lá ao posto pegar um encaminhamento para o psicólogo'". E (4)

Os discursos apontaram para a utilização da Psicologia como último recurso, isso porque, para os entrevistados, dentro das possibilidades da intervenção em saúde, nada mais poderia ser feito. Sobre a psicologização da violência doméstica, tão frequente nos discursos dos entrevistados, Porto[27] defende que a violência contra a mulher apresenta-se para o serviço de saúde como um problema que o modelo de atenção tradicional, biologicista e medicalizado não consegue resolver. Nesse caso, a solução para o problema é encaminhar a mulher ao serviço de Psicologia, que, segundo o autor, é visto como um serviço que "resolve coisas complicadas", "que entende de problemas da cabeça dessas mulheres problemáticas".

Porto[27] cita Schraiber e D'Oliveira[24], ao afirmar que a violência contra a mulher foi, a princípio, percebida como uma doença que requeria uma intervenção baseada na racionalidade biomédica, na condição da presença de uma "base anátomo-patológica, objetiva e visível", ou seja, uma lesão física, que justificasse a intervenção, assim como acontece na justiça, em que o crime só configura-se na materialidade da prova. Nesse enfoque, a queixa de violência doméstica sem a presença da lesão visível desqualifica-se como necessidade de atenção em saúde e intervenção médica, e remete a uma intervenção social e/ou psicológica.

Tomando essa posição, os profissionais da saúde se eximem de entender o fenômeno complexo da violência contra a mulher e de reformular suas ações de forma a colaborarem no processo de prevenção e assistência a esses casos. Assim, realizam encaminhamentos automáticos que, no entender de Schraiber e D'Oliveira[24], são perigosos, pois podem ser interpretados, pela mulher, como um "atestado" de que o problema é exclusivamente seu e que seu funcionamento subjetivo estaria alterado de alguma forma (doença mental).

Apesar dessa discussão sobre a participação do psicólogo no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, vale salientar a importância desse profissional no apoio a mulheres e no assessoramento e orientação aos profissionais dos serviços de saúde para a promoção de uma atenção multiprofissional com caráter preventivo e de inclusão, proporcionando uma assistência efetiva e integral.

Gênero: o novo saber como instrumento de trabalho na perspectiva da superação paradigmática

O enfrentamento da violência contra a mulher no serviço de saúde requer a inclusão da perspectiva de gênero nas políticas e nas práticas profissionais[18]. As concepções sobre gênero e sobre violência identificadas nos depoimentos obtidos apontam que os saberes se apresentam potentes e adequados ao modelo tradicional de Saúde Pública que não considera, na assistência à saúde da mulher, a emancipação da mulher da opressão de gênero. As noções sobre as duas categorias anteriores convergem para uma perspectiva conservadora que ressalta a opressão de gênero, o que dificulta a execução de uma intervenção e de um trabalho transformador da realidade de violência vivida por mulheres no cenário investigado.

Os profissionais do serviço, ao serem questionados sobre qual a sua concepção acerca de gênero, manifestaram, frequente e prevalentemente, a falta de um entendimento coerente sobre o assunto.

> "Não... não sei dizer não". E (2)
>
> "Entende-se por gênero, ignorância". E (5)
>
> "Não tenho entendimento sobre gênero". E (6)
>
> "Eu não entendo essa parte de gênero que você está colocando não". E (11)

Para Schraiber e D'Oliveira[24], a noção de gênero é complexa e ainda muito confundida com a ideia de sexo feminino, quando, na verdade, surgiu exatamente para ressaltar essa distinção. Ao contrário do que vem a indicar sexo, o termo gênero exprime um caráter social, material e simbólico, e não biológico. Apesar de não conceituarem e de reconhecerem a falta de entendimento sobre gênero, muitos dos depoimentos apresentam o discurso sobre a desigualdade social entre os sexos, ao fazerem referência à questão cultural e ao machismo como causa da violência, que é tida como manifestação direta do poder do homem sobre a mulher. Essas considerações evidenciam a importância de atualização sobre o tema, tendo em vista a complexidade da categoria gênero e o recente tempo em que a temática vem sendo mais amplamente discutida no setor saúde. Destarte, compreende-se que, mesmo na ausência de uma situação teórica mais aprofundada, os profissionais de saúde que apresentam uma posição ideológica sobre a igualdade entre os seres humanos são capazes de desenvolver práticas

profissionais em uma perspectiva emancipatória, a partir das quais podem-se desenvolver novos conhecimentos sobre gênero para impactar o trabalho das práticas profissionais na saúde da mulher que sofre violência.

Os depoimentos que conduziram a identificação dessa subcategoria foram tematizados pelos profissionais na responsabilização da mulher pela violência sofrida. Os discursos indicaram uma posição social cristalizada nas relações desiguais entre os sexos, nas quais o poder masculino é aceito e naturalizado pela sociedade, e o uso da força é justificado na iminência de um rompimento dessa relação hierárquica entre os sexos para manutenção desse *status quo.*

> "A gente sabe que tem mulheres que tiram um homem do sério com ciúme doentio". E (1)

> " [...] a mulher que está muito vulgar também, competindo com o homem. [...] Mas a mulher contribui com muita coisa. Eu acho que ela está muito visada, muito solta, competindo com o homem e homem não dá mole não. [...] Eu vejo as mocinhas gritando, botando o dedo na cara do homem e diz tanto coisa. E a violência surge daí". E (10)

Nesses depoimentos, o comportamento da mulher justifica a violência contra ela perpetrada. A reação de resistência feminina à dominação do homem é vista, nesses relatos, como o maior problema, e não a violência em si. É essa a ideia expressada no depoimento seguinte:

> "[...] É a mulher que participa e que contribui para essa violência". E (5)

A esse respeito, Schraiber e D'Oliveira[21] afirmam que o que ocorre é uma inversão ética reforçada moralmente, em que a "vítima", muitas vezes, é vista como pessoa indigna. Para essas mesmas autoras, as desigualdades de gênero são reforçadas politicamente, uma vez que o homem detém a autorização social para agredir sua parceira íntima, visto que lhe é sempre dado crédito de ter um bom motivo para tal, ou seja, a violência é aceita como norma de correção de um comportamento da mulher avaliado exclusivamente pelo agressor como comportamento a ser corrigido.

A responsabilização da mulher pela violência que sofre também foi colocada em pesquisa realizada por Kiss e Scharaiber[28] com profissionais de saúde. Naquela pesquisa, os entrevistados afirmaram que as mulheres "são responsáveis pela situação que vivem, como resultado de suas escolhas pessoais". Segundo as autoras, os profissionais "julgam muitas vezes equivocados os valores que informam essas escolhas, imprimindo uma forte carga moral nessas posições".

Portanto, na perspectiva da superação paradigmática, esse saber que orienta o processo de trabalho se apresenta inadequado, indicando a necessidade de seu aprofundamento, sobretudo, na reorientação da formação dos profissionais de saúde no sentido de um entendimento a respeito da necessidade de se investigar e agir diante da violência de gênero.

Considerações finais

Esse estudo evidenciou resultados que se aproximaram de pesquisas semelhantes realizadas, também, com profissionais de saúde sobre suas práticas; no qual foi possível identificar a realização de práticas profissionais cujos elementos do processo de trabalho se apresentam desconexos com o que propõe a perspectiva de atenção à saúde da mulher com caráter integral e resolutivo, ou seja, um processo de trabalho, cujos elementos em articulação contemplem as diferentes dimensões da existência do sofrimento das mulheres em situação de violência.

A falta de reconhecimento da violência como um problema gerador de necessidades em saúde, ou seja, como objeto de intervenção em saúde, e a adequação da finalidade e dos saberes instrumentais ao modelo de atenção em saúde tradicional e curativo, evidenciaram um trabalho sem perspectivas de proporcionar uma assistência pautada na integralidade e com potencial para a emancipação de gênero das mulheres que sofrem esse tipo de violência e que recorrem aos cuidados daquela equipe.

A violência contra a mulher é invisível no serviço mediante o seu caráter privado e íntimo, segundo os depoimentos obtidos. O silêncio das mulheres, o medo em intervir em assuntos conjugais, a falta de tempo e a não-identificação de danos físicos visíveis causados pela violência e que demandam cuidados em saúde são relatados como motivos que contribuem para a não-contemplação da violência doméstica no serviço de saúde. Essa não-contemplação da violência enquanto objeto de intervenção em saúde contribui significativamente para a não-adequação do segundo elemento de trabalho: a finalidade da assistência.

Diante da ausência de casos declarados na comunidade, da "baixa" incidência de casos no serviço de saúde, o que nos remete a uma possível subnotificação, e da inexistência de mulheres com queixas físicas aparentes, a violência contra a mulher acaba por não se configurar no serviço como problema que necessite de intervenção do profissional de saúde. Por esse motivo, os profissionais entendem que o melhor e mais indicado atendimento para essas mulheres seja o encaminhamento para quem, segundo eles, detém conhecimento e capacidades para intervir nesses casos: aos serviços de psicologia e saúde mental.

A psicologização da violência evidenciou, na pesquisa, a desvalorização do caráter social do processo saúde-doença, fazendo com que a violência contra a mulher seja rejeitada nesses serviços por não visualizarem a doença ou o risco de adoecer em mulheres que procuram o atendimento com tais queixas. Nesse enfoque, a finalidade nos serviços de saúde continua sendo a cura da doença instalada que, em se tratando de violência contra a mulher, se não existir danos físicos, foge das atribuições daquele profissional, relacionando o problema ao sofrimento mental, o que explica os encaminhamentos e a necessidade, expressa pelos profissionais, da presença do psicólogo na unidade para resolver tais problemas.

No que concerne ao último elemento do processo de trabalho em saúde, foi possível identificar que os saberes se apresentam potentes e adequados ao modelo tradicional de Saúde Pública que não considera, na assistência à saúde da mulher, a emancipação da mulher da opressão de gênero. As noções dos entrevistados convergiram no sentido de uma perspectiva conservadora da opressão de gênero, o que dificulta a execução de uma intervenção e de um trabalho transformador da realidade da violência vivida por mulheres no cenário investigado. A presença de discursos que veiculam a responsabilização da mulher pela violência sofrida exprime a inadequação do saber instrumental desses profissionais, o que os impede de traçar estratégias específicas no combate e prevenção desse fenômeno. Assim, falta-lhes associar a competência técnica ao caráter político e das Ciências Humanas que o setor saúde pressupõe, sobretudo depois da ampliação do conceito de saúde e da perspectiva e advento do SUS.

A violência contra a mulher precisa ser entendida no serviço como fruto de uma desigualdade de poder entre homens e mulheres, capaz de transformar a vida de suas vítimas, e, portanto, geradora de necessidades em saúde dentro do serviço, não só diante da confissão de casos ou presença de danos físicos evidentes, mas na presença de qualquer manifestação de poder e domínio do homem sobre a mulher que sugira relações violentas no interior das relações conjugais.

Prestar uma assistência integral, livre de preconceitos e estereótipos de gênero ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde da atenção básica, fazendo-se fundamental uma reorientação das técnicas e saberes para que a violência seja reconhecida pela sua gênese social e cultural importantes. Nesse sentido, destaca-se a necessidade da qualificação das práticas profissionais por meio da educação permanente, que contemple discussões sobre conteúdos de gênero, com o objetivo de proporcionar uma reorientação do trabalho em saúde na atenção à mulher em situação de violência. O novo trabalho tomaria, por exemplo, como seu objeto: a transformação da situação de opressão para a situação de emancipação da mulher que sofre violência doméstica. Para tanto, o profissional de saúde deveria ser capaz de despertar as motivações dessas mulheres para o enfrentamento da violência, sua denúncia e as consequências dela. O recorte deste novo objeto implica a utilização de novos instrumentos de trabalho, entre os quais: a perspectiva de gênero, no que se refere ao saber sobre as relações desiguais entre os seres do sexo feminino e do sexo masculino, com a finalidade de tornar possível a resolução de conflitos entre as partes em situação de violência doméstica.

A complexidade do trabalho em saúde no enfrentamento da violência doméstica não se encerra nos elementos do seu processo, mas requer que sejam também mobilizadas estratégias de busca, identificação e valorização dos casos de violência contra a mulher. Essa valorização deve acontecer por meio do registro e da notificação dos casos, além de um encaminhamento com possibilidades de resolubilidade. Trabalho esse que só será possível através de uma equipe integrada e motivada e com a disposição de uma rede de serviços que se articule e se comunique, para que o profissional sinta-se seguro em dar seguimento à sua atuação.

O enfrentamento da violência de gênero, no interior dos serviços, requer também: o desenvolvimento de um de trabalho que valorize o processo saúde-doença na sua interface social, privilegiando não apenas a dimensão biológica do adoecimento e a medicalização, mas o contexto de vida das mulheres em situação de violência; o estabelecimento de relações interpessoais fortes entre profissional e usuária, com o estreitamento de vínculos e o reconhecimento da escuta e da orientação como equipamentos dos cuidados em saúde. Nesse contexto, pode-se promover uma assistência com potencial emancipatório da opressão de gênero que tenha, entre suas finalidades, a luta contra a passividade e as dependências, pelo empoderamento de mulheres que buscam os cuidados daqueles profissionais.

Colaboradores

As autoras Luana Rodrigues de Almeida e Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva participaram, igualmente, da elaboração do artigo, da análise do material empírico, da sua discussão, redação e da revisão do texto. A autora Liliane dos Santos Machado participou da revisão bibliográfica, da discussão, redação e revisão do texto.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington, DC: Opas; 1993.

2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.

3. Almeida LR, Silva ATMC, Silva CC, Souza JA, Lucena, KDT. A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Saude Debate. 2011; 35(90):396-404.

4. Borrell C, Artazcoz L. La relación entre el sexismo percibido y la depressión. Saude Debate. 2009; 33(82):316-25.

5. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(4):450-9.

6. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo; 1991.

7. Saffioti H. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2011.

8. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery. 2009; 13(3):625-31.

9. Chauí M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. 11a ed. São Paulo: Moderna; 2006.

10. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 1992.

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: SAS; 2004.

12. Souza JA, Silva ATMC. O significado do impacto da violência doméstica na saúde mental de mulheres no estado da Paraíba. In: Anais do Encontro de Iniciação Científica; 2008- 2010; João Pessoa. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2008-2010. [1 cd rom].

13. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Pacto Nacional de Enfrentamento à violência contra Mulher. Brasília, DF: SEPM; 2007.

14. Conill EM. Notas sobre cuidados no monitoramento de políticas e programas intersetoriais. Cienc Saude Colet. 2007; 12(6):1422-8.

15. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cienc Saude Colet. 2000; 5(2):219-30.

16. Marx K. O capital. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1996.

17. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 6a ed. São Paulo: Ática; 2007.

18. Guedes RN, Fonseca, RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2):1731-5.

19. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. Unesp; 2005.

20. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. JAMA. 1992; 267(27):3157-60.

21. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. Athenea. 2008; 14:229-36.

22. Lei nº 11340, "Lei Maria da Penha", de 22 de setembro de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2006 Set 22.

23. Schraiber LB. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? Rev USP. 2001; (51):104-13.

24. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. Interface (Botucatu). 1999; 3(5):11-26.

25. Almeida LR, Silva ATMC, Machado, LS. Serious games para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. Rev Bras Educ Med. 2013; 37(1):110-9.

26. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu). 2005; 9(18):489-506.

27. Porto M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. Psicol Cienc Prof. 2006; 26(3):426-39.

28. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Cienc Saude Colet. 2011; 16(3):1943-52.

Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. El objeto, la finalidad y los instrumentos del proceso de trabajo en salud en la atención a la violencia de género en un servicio de atención básica. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):47-59.

El objetivo de este estudio fue analizar las prácticas profesionales de la atención a la salud de la mujer en situación de violencia, identificando los elementos del proceso de trabajo y su relación con la emancipación de la opresión de género. Para ello, se investigó con profesionales de la salud de un servicio de atención primaria si las intenciones de la actual política de salud de la mujer se estarían realizando en la práctica profesional por medio de los procesos de trabajo destinados a esa finalidad. Por medio de la investigación cualitativa, los resultados mostraron la indivisibilidad de la violencia en el servicio y el desconocimiento de la categoría Género y de su complejidad. Por lo tanto, se configura la adecuación del proceso de trabajo en salud en la atención a mujeres en situación de violencia como un gran desafío para la producción de una asistencia potencialmente emancipadora de la opresión de género y de acuerdo con los presupuestos de la política.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Proceso de trabajo. Profesionales de Salud.

Recebido em 20/06/13. Aprovado em 20/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0650

"Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá":
processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária

Indara Cavalcante Bezerra[a]
Maria Salete Bessa Jorge[b]
Ana Paula Soares Gondim[c]
Leilson Lira de Lima[d]
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos[e]

Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "I went to the health unit and the doctor sent me here": process of medicationalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):61-74.

This investigation sought to understand how mental healthcare is being produced within primary healthcare, from the experiences of professionals, users and family members, picked up through semi-structured interviews. The information obtained was categorized according to features observed in effecting the interface between primary care and mental health, described as: medicationalization of mental health problems presented by the population; difficulties among users of Psychosocial Care Centers (PCCs) in accessing Family Health Units; and mental healthcare training for primary care professionals. The process of medicationalization goes beyond the professionals' practice and forms the main demand of PCCs users. This process indicates the need for action towards demedicalization, and this is boosted through incorporation of new relationships and social dynamics in this field, greater coordination of the teams and stimulation of social participation by the community in this process.

Keywords: Mental health. Primary healthcare. Medicalization. Problem solving.

Buscou-se compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na Atenção Primária, com base nas experiências de profissionais, usuários e familiares. As informações obtidas foram categorizadas pelos aspectos observados na efetivação da interface entre Atenção Primária e saúde mental, descritos como: medicamentalização dos problemas de saúde mental apresentados pela população; dificuldades no acesso dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) à Unidade de Saúde da Família, e formação em saúde mental para os profissionais da Atenção Primária. O processo de medicamentalização perpassa as práticas dos profissionais e configura-se como a principal demanda dos usuários do CAPS, indicando a necessidade de ações desmedicalizantes, que encontram potência na incorporação de novas relações e dinâmicas sociais no território, maior articulação das equipes e estímulo à participação social da comunidade neste processo.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Medicalização. Resolução de problemas.

[a,b,e] Centro de Ciências da Saúde, Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Paranjana, 1700, Campos do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60.740-000. indaracavalcante@yahoo.com.br Maria.salete.jorge@gmail.com; mardeniagomes@yahoo.com.br
[c] Departamento de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. anapaulasgondim@uol.com.br
[d] Centro de Ciências da Saúde, Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem em Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. leilson.lira@yahoo.com.br

Introdução

A medicamentalização refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas. Para tanto, utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana, entendidas como enfermidades psíquicas. Por conseguinte, angústia, mal-estar ou dificuldades, outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, consequentemente, "medicamentalizados", com o intuito de proporcionar cura[1].

Essa medicamentalização do mal-estar é uma realidade efetiva, atual e crescente, que se expande, inclusive, para campos diversos do saber médico-científico. Ao oferecerem produtos que prometem alívio ou melhora de estilo ou condição de vida, diversos meios de comunicação, tais como a literatura e os programas de televisão, estimulam a automedicação e funcionam como verdadeiros manuais de autoajuda, atendendo a uma crescente demanda de cuidado para cada sofrimento ao qual se pode estar submetido[2].

Os estudos que envolvem fármacos, na atualidade, transitam do foco da farmacologia clínica para a farmacologia social, definida como a ciência que se preocupa com as interações entre droga e meio ambiente[3]. Nesse sentido, Rosa e Winograd[2] concordam que a medicamentalização é um fenômeno cultural amplo, que diz respeito às interseções entre droga, medicina e sociedade, e inclui a demanda dos pacientes por esse tipo de medicamento.

Ngoundo-Mbongue et al.[4] propõem o termo medicamentalização para descrever o uso não médico de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requeriam "tratamento farmacológico", como por exemplo: envelhecimento, distúrbios do sono, alimentares e perda da libido. Afirmam que o uso de medicamentos em "nível social" parece estar induzido não só pela ocorrência de doenças, mas, sobretudo, pela disposição e apelo da indústria farmacêutica e sua expansão para campos extracientíficos.

Os autores acrescentam, ainda, que esse consumo exacerbado de medicamentos relaciona-se com a produção social hegemônica e mercadológica da saúde, e que envolve diferentes atores, dentre os quais: médicos, pacientes, indústria farmacêutica e agências reguladoras da saúde.

De acordo com Amarante[1], a medicamentalização é consequência de outro fenômeno mais amplo: a medicalização social. Esta se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como: sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura, entre outros. O uso do medicamento está inserido nesse âmbito, e, quando se dá de forma desnecessária, representa a medicamentalização.

A literatura[5] aponta que o fenômeno da medicamentalização torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos. Sendo assim, o que se constata, nos serviços de saúde mental, é uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves e leve-duras.

Entretanto, avançar no cuidado em saúde mental remete à reflexão crítica de vários processos envolvidos na dinâmica do cuidado e no trânsito dos diversos atores pelos caminhos do Sistema Único de Saúde (SUS), mapeando-se os limites e os desafios, em busca da resolubilidade dos serviços da rede de saúde mental.

Entre os cenários de cuidado em saúde mental, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui relevância significativa para a resolubilidade do cuidado e consolidação da Reforma Psiquiátrica[6], uma vez que pode evitar práticas que levem à psiquiatrização, fragmentação do atendimento, além de facilitar o planejamento das ações no território, promovendo equidade e acesso aos serviços de saúde[7,8].

Ainda que algumas experiências ressaltem que esse *locus* tenha se consolidado como importante dispositivo na construção de novos modos e práticas em saúde mental[9-11], outros estudos[8,12-14] apontam entraves intervenientes para a resolubilidade do cuidado às pessoas com transtornos mentais, na Atenção Primária.

Transferências e encaminhamentos excessivos, dificuldade de estabelecer serviços de referência e contrarreferência, unidades de saúde com infraestruturas precárias, resistências dos profissionais para o

atendimento a esses sujeitos, e práticas clínicas biomédicas centradas na medicamentalização são descaminhos para a resolubilidade do cuidado em saúde mental nesse nível de atenção[8,13,14].

Acredita-se que este estudo possa contribuir para o direcionamento das ações de saúde mental na APS, ampliando as possibilidades de cuidar para além da terapêutica medicamentosa, pois a complexidade dos problemas psíquicos exige a articulação entre as múltiplas formas assistenciais, às quais o usuário recorre como subsídio para suas demandas e necessidades de vida[1,13,15].

Ademais, o presente artigo visa oferecer subsídios à produção do conhecimento científico sobre a temática em questão, uma vez que, numa rápida busca pelo tema em algumas bases de dados, foram encontrados poucos estudos[9,12] que abordavam a resolubilidade do cuidado em saúde mental na Atenção Primária.

A medicamentalização representa o risco do aumento do poder da psiquiatria, da psicologização dos problemas sociais, da ampliação e da ambulatorização da demanda[12], ou seja, formas de cuidar privatizantes, as quais se contrapõem às conquistas nos âmbitos da saúde metal e da saúde coletiva.

Assim, este artigo busca caminhar por meio dessa interface entre Atenção Primária e saúde mental, ancorando-se no discurso dos atores envolvidos na dinâmica do cuidado, analisando o processo de medicamentalização e a sua relação com o cuidado em saúde mental.

Para tanto, delimitou-se como objetivo compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na Atenção Primária à Saúde (APS), em busca da resolubilidade para as ações de saúde mental das Equipes de Saúde da Família (ESF).

Metodologia

Este estudo integra uma pesquisa mais ampla, denominada: "A produção do cuidado na estratégia saúde da família, e sua interface com a saúde mental: os desafios em busca da resolubilidade", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Optou-se pela pesquisa qualitativa dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva, por possibilitar o entendimento do fenômeno social e suas relações no campo da saúde. Para Minayo[16] é possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais. Tem-se, ainda, que este tipo de pesquisa, além de aceitar os conceitos e as explicações utilizadas na vida diária, realiza perguntas fundamentais e investigadoras, concernentes à natureza dos fenômenos sociais. Um dos aspectos principais refere-se ao fato de que estuda as pessoas em seus ambientes naturais, e não em artificiais ou experimentais[17].

A pesquisa foi realizada nos municípios de Fortaleza e Maracanaú, Ceará, Nordeste do Brasil. Estas cidades foram selecionadas para o estudo, em virtude de estarem pactuadas pelo Sistema Municipal de Saúde Escola e integrarem a referida pesquisa, como instituições coparticipantes.

A partir desta pactuação, a instituição de ensino, representada pelo Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), entende sua corresponsabilidade sanitária com a saúde da população dos municípios, e, por isso, no processo da investigação, implementou formação em saúde mental a partir das necessidades apontadas pelos trabalhadores, usuários e seus familiares, contribuindo para o equacionamento dos desafios sanitários no SUS.

Utilizaram-se as técnicas de entrevista semiestruturada, combinada com a observação sistemática do campo entre junho de 2011 a março de 2012, período no qual foram entrevistados trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre eles: enfermeiros, médicos, dentistas e agentes comunitários de saúde. Além desses, participaram: profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos) e Centro de Atenção Psicossocial-CAPS (enfermeiros, psiquiatras, psicólogo, assistente social e farmacêuticos), usuários do CAPS e seus familiares.

Para a análise apresentada no presente artigo, foram utilizados os dados de 22 das 49 entrevistas realizadas com profissionais integrantes da equipe de Atenção Primária, NASF ou ESF, que realizavam

atendimentos de saúde mental, usuários do CAPS, que foram encaminhados, pela equipe do serviço especializado, para continuidade do atendimento na ESF, e familiares cuidadores que acompanhavam o usuário em seu percurso assistencial. Desse modo, utilizaram-se, na análise, entrevistas de 13 profissionais, sete usuários e dois familiares.

Os participantes foram entrevistados no próprio local em que prestavam ou recebiam o atendimento de saúde, respondendo a questões previamente elaboradas em um roteiro, as quais abordavam temas sobre: a efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária; continuidade e resolutividade do cuidado operado; estratégias utilizadas para o cuidado de pessoas com transtornos mentais no contexto terapêutico, familiar e social; integração entre os serviços e qualidade do atendimento recebido, diante das demandas e necessidades do usuário e seus familiares.

Os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado, autorizando a participação na pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[18]. Após autorização, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Para garantir o anonimato dos informantes, os trechos das narrativas utilizados para ilustrar a análise foram identificados da seguinte forma: profissionais (categoria profissional do entrevistado, equipe à qual está vinculado na Atenção Primária), os usuários (Usuários – CAPS) e os familiares (Familiar – CAPS).

Para organização das informações, seguiram-se três etapas estabelecidas por Minayo[19] e retraduzidas por Assis e Jorge[20]: ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares.

A análise final foi orientada pela análise de conteúdo, com base em Minayo[16]. A autora enfatiza que, entre as possibilidades de categorização no campo da saúde, a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

As temáticas desenvolvidas na análise emergiram das unidades de significação ressaltadas do texto, as quais se destacam como: "Manter a conduta de medicação": processo de medicamentalização e resolubilidade do cuidado na ESF e CAPS; "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi prá cá": dificuldades de acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família; e "Revendo a questão medicamentosa": transformações operadas no cotidiano dos serviços da Atenção Primária com ações de saúde mental.

Resultados e discussão

A partir do exposto, apresentam-se as informações obtidas junto aos profissionais, usuários e seus familiares, categorizadas em três aspectos observados na efetivação da interface entre Atenção Primária e saúde mental, em busca da resolubilidade do cuidado. Estes aspectos são descritos como: a medicamentalização dos problemas de saúde mental apresentados pela população, as dificuldades no acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família e a formação em saúde mental para os profissionais da Atenção Primária.

"Manter a conduta de medicação": processo de medicamentalização e resolubilidade do cuidado na ESF e CAPS

O primeiro aspecto evidenciado pelas equipes atuantes na Atenção Básica, na condução dos casos de saúde mental, foi a associação da resolubilidade do cuidado com a disponibilização de medicamentos pelos serviços de saúde, seja da Unidade de Saúde da Família ou do CAPS.

Assim, a variedade, acesso e gratuidade na dispensação da medicação correspondem a um indicador de resolutividade e continuidade do cuidado, como se observa nos discursos dos profissionais.

> "Acredito que sim [que o cuidado é resolutivo] a unidade de saúde aqui [do Município] conta com uma vasta gama de medicações". (Enfermeira ESF)

> "[...] temos toda a parte da medicação, a população tem acesso a isso de graça e dificilmente falta medicação, então se dá uma continuidade ao tratamento". (Fisioterapeuta ESF)

> "A estrutura física está super desgastada, mas aqui na unidade a gente tem uma farmácia polo que dá remédio até mesmo aos pacientes que vem do hospital em busca de medicação e eu acredito que o atendimento aqui é bom, ainda está longe de ser um modelo, mas é bom". (Agente Comunitário de Saúde ESF)

Por sua vez, o atendimento de saúde mental na Unidade de Saúde da Família está restrito à consulta médica e à prescrição de medicamentos, correspondendo à manutenção da conduta terapêutica para o transtorno mental diagnosticado.

Essa prática objetiva os problemas de saúde demandados pelos usuários, evidenciando a doença, e não a experiência da pessoa, em todas as suas singularidades, justificada como uma dimensão mais complexa de atuação.

> "[...] Pra ele ser acompanhado aqui, então o que é que a gente faz? Aquela pessoa vem mensalmente ou de dois em dois meses pegar sua medicação. Não é só pegar a medicação, tem também a história da consulta". (Enfermeiro ESF)

> "[...] Nós damos apenas digamos assim, mantemos a conduta de medicação, a conduta terapêutica, a farmacoterapia adequada para o transtorno que foi identificado, que foi tratado. [...] Porque geralmente alguns casos são um pouco acima do nosso nível de complexidade". (Médico ESF)

As práticas de saúde mental são orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais promovem uma ruptura com o modelo biologicista e médico-centrado, atribuindo um novo lugar social para a loucura e a diversidade, concebendo não um modelo de atenção, mas um processo que implica toda a sociedade na transformação da atenção à saúde mental.

Denominada de atenção psicossocial, questiona práticas hegemônicas e enrijecidas, modelos pré-formatados, e define seu novo "objeto de atuação", que passa da doença para a experiência da pessoa em sofrimento psíquico ou transtorno mental.

A ampliação do "objeto" de intervenção exige transformações na organização dos serviços. Nesse sentido, destaca-se a noção de Lancetti e Amarante[21], de que a lógica de cuidado da pessoa com transtorno mental não segue o caminho linear e hierárquico de sintomas-diagnóstico-terapêutica-cura, ou seja, nos casos de saúde mental, o sintoma nunca se elimina, o sintoma circula. Por isso, a saúde mental opera com uma lógica de complexidade invertida; enquanto, na saúde geral, o maior nível de complexidade está inscrito em centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva, na saúde mental, o procedimento mais simples é no hospital, e, no território, os procedimentos são mais complexos, pois envolvem a relação.

Neste mesmo entendimento, convergem os discursos dos usuários dos serviços. O acesso ao remédio, de forma gratuita, representa o indicador de resolubilidade do cuidado, satisfação com o tratamento recebido e única alternativa para "ficar bem", como observa-se nos trechos a seguir:

> "Ele sempre que vem é bem tratado, recebe os medicamentos de graça aqui na farmácia. Eu gosto. Da ultima vez que ele teve uma crise, em janeiro, a gente trouxe aqui, porque ele tinha deixado de tomar os medicamentos". (Familiar CAPS)

> "[...] Aqui pelo menos eles me dão os remédio tudim, porque eu não tinha dinheiro pra comprar. [...] e se eu não tomar, ave maria do céu, eu não gosto nem de lembrar, era tão ruim naquele tempo que gosto daqui, do jeito que tá, tá bom assim, tá bom". (Usuário CAPS)

> "[...] Eles me mandaram pro doutor que mandou eu tomar os remédio que eu tomo hoje. Olha eu tomo tudim bem direitim e as coisas tão melhorando". (Usuário CAPS)

> "[...] Eu não posso ficar sem os remédios não, eu preciso deles para ficar bem, mas agora tá bem direitinho". (Usuário CAPS)

Nesse cenário, percebe-se que a resolubilidade do cuidado está restrita à oferta que o serviço disponibiliza para a demanda trazida pelo usuário, no caso: a estabilização de sintomas, o enfrentamento da crise psicótica, por exemplo. A literatura referente ao tema da resolubilidade parte da premissa de que a capacidade de resolução da demanda do usuário que busca atendimento no serviço de saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, indica a resolubilidade da ação. Nesse contexto, um serviço resolutivo deverá estar apto a enfrentar e resolver o problema, até o limite de sua atuação[22].

No entanto, questiona-se: Quais tipos de problemas de saúde apresentam-se aos serviços, e como são traduzidos em demandas, para os profissionais? Os problemas de saúde mental são demandas apenas do CAPS? O cuidado deve resumir-se na estabilização dos sinais e sintomas do comportamento, que destoam da norma social?

Embora os transtornos mentais representem 13% da carga total de doença, a diferença entre o número de pessoas afetadas e o número de pessoas que recebem cuidados e acompanhamento, mesmo para condições severas, ainda é crescente. Os dados apresentados no relatório da OMS mostram que até 75-86% das pessoas com transtornos mentais graves, em países de renda baixa e média, e 30-50%, em países de alta renda, não haviam recebido qualquer tratamento nos 12 meses anteriores[23].

Diante desses dados, a OMS apontou a importância da integração de ações de saúde mental na Atenção Primária, ao recomendar, ao território, à comunidade e às redes de serviços de saúde, que se organizassem, de forma a reconhecerem que a atenção à saúde mental é parte dos cuidados primários de saúde, com ênfase nas novas formas de cuidar[23].

Objetivar o cuidado ao diagnóstico médico reduz as alternativas terapêuticas à prescrição medicamentosa, o que parece ser suficiente para os usuários participantes do estudo.

Este dado funciona como argumento para os sujeitos elegerem o CAPS como o serviço mais resolutivo, quando comparado ao atendimento recebido na Unidade de Saúde da Família. A ênfase recai sobre a efetividade dos serviços especializados em saúde mental, devido à garantia de atendimento médico e ao acesso ao remédio.

> "Aqui pelo menos tem alguma coisa. Tu pode ver que não é tão ruim assim não. Sempre tem médico pra atender a gente, eles conversam, passam os remédios tudim que a gente pega aqui. [...] Eu só sei que eu tô bem assim agora, tô tomando os remédios direito". (Usuário CAPS)

> "O cuidado aqui [CAPS] só serve pra gente vir mesmo e pegar os remédios com os médicos mesmo e só!". (Usuário CAPS)

O CAPS, como dispensador de remédios, descaracteriza-se de seus princípios e diretrizes essenciais, que inclui lidar com pessoas, e não com doenças, promover a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Assim, deve ser capaz de realizar um trabalho de base territorial com atuação na comunidade, que possibilite ao usuário reencontrar um lugar na comunidade em que vive, promovendo autonomia na gestão da sua vida.

Logo, no cenário em investigação prevalece uma resolubilidade centrada no modelo biomédico, prescritiva e burocratizada. O acesso ao medicamento e às consultas é garantido, mas questiona-se a produção da autonomia na relação terapêutica.

"Fui lá no posto e o doutor me mandou foi prá cá": dificuldades de acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família

Outro aspecto identificado na efetivação da interface entre Atenção Básica e saúde mental foram as dificuldades no acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família. Questionados sobre a utilização destes serviços, bem como sua articulação, os usuários do CAPS referiram dificuldades de obter atendimento no posto de saúde, seja pelo não-acolhimento da demanda trazida para o serviço, seja pela dificuldade em conseguir marcação de atendimento, evidenciando, deste modo, a desarticulação na organização dos fluxos assistenciais entre Atenção Básica e especializada, e falha na responsabilização dos profissionais envolvidos com o processo de cuidado integral.

> "Eles num funcionam nem separados que dirá juntos! Eu num disse que quando eu fui lá no posto o doutor me mandou foi prá cá? [CAPS]. Ele não quis eu sendo atendido lá. Ele disse que não era o caso de lá. Custava ele me dar os papéis do remédio, custava? Eles estudam pra ser doutor e não podem atender os casos. Sei nem se ele era doutor mesmo, desconfio viu? Eu vivia atordoado, o povo me chamava de doido, eu achava que era doido. Mais hoje eu já to melhor, eu nunca mais tive os apagão que eu tinha antes não, eu tomos os remédio e o doutor daqui [CAPS] disse que é pra eu me sentir bem e não ter mais aquelas coisas de antes". (Usuário CAPS)

> "[...] se bem que às vezes eu nem vou não [para a unidade de saúde da família], a gente compra é remédio em casa e toma mesmo. É tão difícil conseguir tirar ficha que é melhor nem ir. [...] comecei a tomar os remédios daqui [CAPS], daí o medico daqui [CAPS] mandou eu ir lá no posto [...] Eu só vou lá mesmo quando o remédio acaba. Mas eu fui lá [posto de saúde] quando o doutor daqui [CAPS] mandou, me deu um papel e eu fui. Mas acho que foi só por isso mesmo, porque senão acho que não tinha ido não". (Usuário CAPS)

> "Eu sei que a única coisa que eles [Posto de Saúde] fazem, quando o doutor daqui [CAPS] tava de férias e eu precisava pegar meus remédios, eles assinaram o papel pra eu pegar, porque lá tinha doutor sabe? Mas eu tive que pegar foi aqui [CAPS], eles falaram que lá [Posto de Saúde] não tinha o que eu queria não, que quem tinha era aqui no CAPS, eu voltei de lá pra cá só pra pegar os remédios". (Usuário CAPS)

> "Eu vim porque o doutor do posto disse que não podia me atender lá não sabe, que não era o tipo de trabalho dele o meu caso. Nem os remédios eles queriam me dar lá sabe? Ele me deu um papel e me mandou pra cá [CAPS]. Eu vim duas vezes para conseguir". (Usuário CAPS)

As falas evidenciam problemáticas, como: o acesso negado, precariedade na assistência à pessoa com transtorno mental, na Atenção Primária, e a ênfase na medicação como única alternativa terapêutica a estes usuários.

Tais evidências são utilizadas como catalisadores da discussão sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental. Uma vez que a atenção psicossocial e os princípios e diretrizes do SUS ampliam o olhar sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais, como determinantes das doenças, a organização dos serviços deve considerar tais aspectos, garantindo o direito à saúde dos usuários.

O acesso aos serviços de saúde pode ser compreendido como o processo de busca e obtenção de assistência à saúde, além do impacto da inserção dos usuários nos serviços e recebimento de cuidados

subsequentes. Nesse processo é possível analisar a disponibilidade de recursos e a capacidade da rede de produzir serviços que sejam resolutivos às necessidades de saúde da população[24].

Em 2006, o Ministério da Saúde incluiu parâmetros para ações de saúde mental na Atenção Básica, entre outros, nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), publicados na Portaria GM nº 1097, de 22 de maio de 2006, objetivando intensificar o esforço de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental[22].

Nesse contexto, a busca e a inserção dos usuários do CAPS, na Unidade de Saúde da Família, traduzem-se pela demanda de consulta médica, receita e medicamento. A equipe de saúde da família não reconhece a demanda, e o usuário tem acesso negado. Esse entrave caracteriza uma barreira para o acesso funcional, o que faz com que prevaleçam os encaminhamentos de um serviço a outro, sem responsabilização e resolutividade.

A responsabilização que envolve o encaminhamento dos casos e orienta o fluxo de serviços na rede deve pressupor a continuidade do cuidado em todo percurso terapêutico.

Para Nascimento et al.,[25] a responsabilização, diante dos desafios do processo saúde-doença, é a implicação dos diversos sujeitos envolvidos numa prática que considere aspectos singulares do indivíduo, valorização e preocupação com o cuidado. Tais ações assistenciais devem ter por base o aumento dos graus de autonomia da população atendida.

No entanto, ainda é muito delimitado o pedido explícito dos usuários aos serviços. Como discutir autonomia numa população que parece estar arraigada ao modelo de medicamentalização? Este desafio faz parte do cotidiano das equipes de saúde mental e de saúde da família.

Para tanto, a ampliação das ofertas terapêuticas nos serviços deve incluir o treinamento das equipes, sobre as concepções de reforma sanitária e reforma psiquiátrica, entendendo-as como processos sociais complexos que visem tanto à melhoria da assistência médica, quanto à promoção da consciência sanitária nas comunidades, fomentado a participação social e a autonomia dos sujeitos[1].

Aliadas a este cenário, visualizam-se as proposições dos profissionais da equipe de saúde da família, sobre o acompanhamento dos casos de saúde mental na Atenção Primária. Evidencia-se que as ações dos profissionais enfocam e restringem-se à tríade: consulta médica, receita e medicamento, diante das dificuldades do manejo de casos específicos, e à limitação na formação acadêmica para lidar com a saúde mental.

> "[...] alguns pacientes eram até acompanhados no hospital de Messejana, mas deixavam de ir e a família ficava comprando a medicação com a mesma receita, porque às vezes tá num período de euforia e agitação, então o agente de saúde vê e a gente vai, o médico vai, lá ele passa alguma coisa logo pra tirar da crise ou se não estiver dando para medicar, pra controlar aquele paciente e voltar ele faz isso aí e medica e se tiver com muito tempo que não vai no psiquiatra ele encaminha para ter acompanhamento". (Enfermeiro ESF)

> "[...] a dificuldade que eu tenho é que eu não sei, assim, dominar, né? [...] Eu acompanho o doente mental, mas geralmente a gente vai com o médico, é mais a questão mesmo da medicação". (Enfermeiro ESF)

> "[...] a formação do médico é limitada nesse aspecto e como existe um grande risco de nós piorarmos se nós utilizarmos uma medicação inadequada". (Médico ESF)

O despreparo para o manejo com pessoas com transtornos mentais foi evidenciado em pesquisas de estudiosos como Nunes, Jucá e Valentim[26] e Harada e Soares[27], destacando que nem sempre os profissionais da ESF possuem tecnologia para a resolução de algumas situações em saúde mental.

Desse modo, o cuidado à pessoa com transtorno mental, no âmbito do território, pressupõe a incorporação de novas relações e dinâmicas sociais, e exige o desenvolvimento de novas tecnologias que problematizem uma clínica tradicionalmente pautada no indivíduo e na doença, e que, por vezes, negligenciou os aspectos sociais e políticos das experiências dos sujeitos[26].

No intuito de enfrentar tal problemática, o Ministério da Saúde propôs capacitações para integração Saúde da Família e Saúde Mental, e formação dos profissionais, numa única rede de cuidados aos usuários de todo o SUS[22]. Estas iniciativas representam um avanço para o cuidado integral em saúde e maior resolubilidade da atenção psicossocial, uma vez que pressupõem a reorganização do processo de trabalho, a partir do território.

No entanto, percebe-se que essas são ações pontuais e ainda resguardam resistência de alguns profissionais, devido ao estigma da saúde mental como doença e loucura, causando medo e baixa adesão na ampliação de práticas.

Nesse sentido, uma das principais recomendações do relatório da OMS, sobre a integração da saúde mental na Atenção Primária, é a formação de trabalhadores desse nível de atenção, com o intuito de melhorar a capacidade das equipes na identificação e no acompanhamento de pessoas com transtornos mentais.

Enfatiza ainda que, em geral, os treinamentos são quase sempre de curta duração e os profissionais de saúde não praticam o recém-aprendido. Diante dessa constatação, o referido relatório recomenda a supervisão de um especialista, ao longo do tempo, e a criação de um sistema de apoio contínuo para os trabalhadores da Atenção Primária, para a integração ser bem-sucedida[23].

"Revendo a questão medicamentosa": transformações operadas no cotidiano dos serviços da Atenção Primária com ações de saúde mental

Esta categoria temática revela transformações no cotidiano dos serviços de Atenção Primária, operacionalizadas, sobretudo, a partir de estratégias de educação permanente, tais como cursos e capacitações, destinados aos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Tais iniciativas evidenciam um processo de mudança que, apesar de ocorrer paulatinamente, representa alternativa para o cuidado em saúde mental, com a ampliação do conhecimento sobre processo saúde-doença-cuidado e o reconhecimento do outro como sujeito.

Nesse sentido, essas transformações caminham com o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. A inclusão das ações de saúde mental no interior da ESF tem possibilitado experiências inovadoras, bem-sucedidas e expressivas, demonstrando a potencialidade da incursão dessas políticas na ESF e seu consequente redirecionamento às práticas de cuidado em saúde mental[12].

No conjunto geral dos achados, identifica-se que os processos de educação permanente contribuíram no cuidado em saúde mental na ESF. Os profissionais apropriaram-se de outras formas de cuidar que lhes permitiram promover o acesso aos usuários e evitar encaminhamentos desnecessários. Desse modo, os profissionais apreendem a eficácia terapêutica da escuta e, a partir dela, oportunizam espaços de cuidado resolutivo.

Observa-se, portanto, que as capacitações na área de saúde mental, ofertadas aos profissionais da ESF, foram determinantes na superação de práticas excludentes e centradas no modelo biomédico. Além disso, essa escuta permitiu-lhes estabelecer vínculos com os usuários e, sobretudo, transpor ações medicamentalizantes às práticas de cuidado que valorizam o sujeito.

Esses aspectos aparecem nos discursos dos entrevistados, de forma concorrente, porém hierarquizada, uma vez que a superação da medicamentalização aparece com mais intensidade, conforme os seguintes relatos:

> "[...] enfim, eu encontro todas as alternativas para o paciente não voltar e dizer assim: eu não fui ouvido, eu não fui consultado, não recebi o cuidado. O cuidado é você ouvir, encontrar uma solução para ele. Eu digo que às vezes, a terapêutica não é a receita, o medicamento somente". (Médico ESF)

> "[...] antigamente qualquer caso que entrasse aqui se eu visse que era algum problema, eu não me sentia capacitada e no curso eu aprendi que não necessariamente precisa de um psicólogo, porque às vezes aquela pessoa quer ser só ouvida". (Enfermeiro ESF)

> "[...] tem pessoas que tomam medicamentos controlados há anos e anos, que toma diazepam, que toma aquilo e você vê a gente conseguindo tirar da cabeça dessa pessoa, que ela pode viver sem aquela medicação". (Enfermeiro ESF)

Estas falas refletem um pensamento voltado à eficácia da escuta, como recurso terapêutico, a qual pressupõe alternativa à "terapêutica da droga", não de forma a excluí-la, mas oferecendo, ao usuário, possibilidades de cuidado, a partir da comunicação, acolhimento e vínculo.

Os profissionais da APS entendem que o uso dessas tecnologias leves auxilia nas ações de saúde mental. Nesse sentido, a resolubilidade não está relacionada somente à medicação, mas está em conjunto com esses dispositivos.

Isso reflete a singularidade dos profissionais entrevistados, os quais buscam a retirada da medicação psicotrópica de alguns usuários atendidos. Junto a essa consideração, não se pode deixar de observar que o redirecionamento das ações de saúde mental na ESF foi construído a partir dos processos de educação permanente, vivenciados pelos entrevistados.

Esses dados coadunam com as considerações de Lancetti e Amarante[21] a respeito da relação entre ESF e desmedicamentalização. Para eles, a Estratégia Saúde da Família configura-se como potência para desmedicamentalizar, uma vez que, ao utilizar a comunidade como cenário de suas práticas, os pacientes deixam de ser números de prontuários e passam a ser tratados nas tramas que organizam suas vidas. Essas interações exigem, dos profissionais de saúde, habilidades para lidar com o sofrimento humano, suas histórias e famílias.

Alguns estudos[28,29] convergem com relação às tecnologias leves no cuidado em saúde mental e resolubilidade. Essas ferramentas relacionais direcionam o cuidado em saúde e permitem, aos usuários e profissionais, confiança e diálogo próximo de cada singularidade, de cada sentimento, além de fortalecerem vínculo e compromisso para com o outro.

No que concerne à educação permanente como ferramenta para um melhor cuidado em saúde mental, alguns autores[6,8,14] salientam a necessidade de se superarem as limitações oriundas da graduação em saúde, a qual, centrada no modelo biomédico e na psiquiatria clássica, prevê a medicação como único recurso terapêutico no atendimento aos usuários com sofrimento psíquico.

De fato, os profissionais incorporaram estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva voltada para o modo de vida de cada usuário. Desvela-se, de certa forma, uma ação integral para cada situação singular no território, a partir do reconhecimento das dimensões subjetivas, destituindo a ordem objetiva biomédica, a qual apresenta a medicalização como solução única para os casos que se apresentam nas unidades de saúde.

Nesse processo relacional, também se destaca a corresponsabilização. Ela está presente nos discursos dos entrevistados e é determinada a partir do acolhimento às demandas dos usuários, do vínculo estabelecido com o usuário e a articulação com o CAPS. Esses três elementos aparecem articulados e possuem como objetivo garantir acesso aos usuários com transtornos psíquicos na APS, bem como fomentar possibilidades de desmedicamentalização, conforme retrata a fala a seguir:

> "[...] Os casos mais graves mentais, casos moderados graves, são poucos e eles estão sendo acompanhados pelo CAPS e o CAPS vem aqui, de certa forma estão aqui comigo. Então, a experiência que estou tendo é acolher os pacientes, eles dão uma resposta. Os pacientes têm um vínculo muito bom comigo e eles são pontuais nas consultas, com o tratamento. E com isso eu acho que muitos pacientes estão deixando de usar a medicação". (Médico ESF).

Consoante o discurso acima, há parceria entre ESF e CAPS nas ações de saúde mental. Como se pode observar, o usuário é acolhido na Atenção Primária e, a partir de então, é estabelecido vínculo, o qual permite a adesão dos usuários às consultas e ao tratamento. Além disso, o acompanhamento de usuários com transtornos mentais graves não é realizado somente pelo CAPS, permitindo a participação dos profissionais da ESF. Isso implica afirmar que as equipes dos dois serviços empreendem esforços que caminham na direção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual promulga cuidados na comunidade e máxima vinculação do usuário em seu território.

Com isso, espera-se que ocorra o compartilhamento de informações territoriais, do perfil da população atendida, de situações clínicas, e o desenvolvimento de respostas conjuntas perante a complexidade dos casos de saúde mental que se apresentam na unidade. Essas ações, construídas a partir do matriciamento, incidem na resolubilidade do cuidado, evidenciam a existência de corresponsabilização entre equipe e usuário, bem como promovem ações intersetoriais articuladas no contexto sociocomunitário[13].

Contudo, durante as observações nos cenários, não se percebeu o envolvimento de outros profissionais da ESF no matriciamento, tampouco foi notada a participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As ações de saúde mental na APS, portanto, centralizam-se no atendimento médico da ESF. Todavia, a interdisciplinaridade é importante para a atuação integral e unificada dos profissionais na produção do cuidado em saúde mental, que precisa centralizar-se nas demandas e necessidades do usuário para, então, alcançar a pactuação integrada – trabalhadores e usuários – das resoluções.

Deve existir uma corresponsabilização, no processo de cuidar em saúde mental, que permita opiniões e possibilidades dos profissionais/usuários/familiares na composição do projeto terapêutico[28], não esquecendo do contexto em que esses atores estão inseridos, pois, como afirma Ayres[30], cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza. Isso pode minimizar os efeitos deletérios da doença e estimular a capacidade do usuário para o enfrentamento de seus problemas, baseando-se nas suas condições sociais, econômicas e culturais, resgatando a sua cidadania.

A despeito desses impasses, percebe-se que a Estratégia Saúde da Família representa oportunidade de desmedicamentalização quando profissionais se veem com alta capacidade resolutiva e ressignificam a pessoa e sua experiência de adoecimento.

Além disso, as tecnologias leves, como a escuta, são importantes dispositivos para as ações de saúde mental na APS, uma vez que evitam encaminhamentos desnecessários, potencializam o cuidado no território e impedem a intermediação de interesses oriundos do denominado complexo médico-industrial[1].

Considerações finais

A medicamentalização na saúde mental, portanto, ainda é prática construída socialmente, a partir de significados e sentidos a ela atribuídos pela população usuária, familiares e profissionais de saúde. Apesar das transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, a resolubilidade do cuidado é remetida ao uso de medicamentos, inclusive por parte dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial. Há a premência de superar os modelos biomédico e manicomial, ainda inerentes às práticas de saúde mental.

Esta investigação permitiu apontar os desafios no campo da saúde mental, não só no que diz respeito à resolubilidade do cuidado e sua ligação com a medicamentalização, mas, também, a necessidade de se avançar na Reforma Psiquiátrica. Como se pôde perceber, a psiquiatria clássica ainda permanece latente no cotidiano dos serviços de saúde mental. Acresce-se, a isso, o despreparo dos profissionais da APS, os quais ou se limitam a somente prescrever ou a desresponsabilizar-se pelo usuário, ordenando seu fluxo de volta para o CAPS.

Para além dos descaminhos da resolubilidade do cuidado em saúde mental, dentre os caminhos a serem percorridos e as estratégias a serem alcançadas, como se observa nos resultados apresentados, podem-se destacar: ampliação e fortalecimento da rede de serviços, formação em saúde mental condizente com as necessidades dos sujeitos em adoecimento, incentivo à participação social e promoção de autonomia para usuários e seus familiares, processos de educação permanente e fortalecimento da APS, como organizadora das ações de saúde mental, em consonância com o preparo dos profissionais.

Nessa direção, algumas experiências têm demonstrado a necessidade de processos de educação permanente das equipes da Estratégia Saúde da Família. De posse de saberes e práticas baseadas em tecnologias leves, como a escuta e o acolhimento, os profissionais implicam-se em garantir acesso e

proporcionar cuidado condizente com as necessidades dos usuários. Destaca-se, neste cenário, o esforço que os profissionais possuem de "desmedicamentalizar" o usuário e sua vida.

O cuidar, em saúde mental, pressupõe o olhar, a escuta e o acolhimento às demandas dos usuários, as quais nem sempre possuem uma localização específica em um determinado ponto do corpo.

A biomedicina, com seus recursos medicamentalizantes, apenas consegue constituir-se paliativo e impotente alívio frente aos problemas de saúde mental, pois neles imperam as condições culturais, socioeconômicas e subjetivas. Desterritorializar-se, transpor para novas formas de cuidar em saúde, que não sejam somente a medicação, é desafio consubstancial, que somente será superado pela composição de atos assistenciais que valorizem a clínica e a ética e priorizem a intersubjetividade.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Amarante PCD. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

2. Rosa BPGD, Winograd M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentalização do mal-estar psíquico na atualidade. Psicol Soc. 2011; 23(n. spe.):37-44.

3. Ngoundo-Mbongue TBN, Niezborala M, Sulem P, Briant-Vincens D, Bancarel Y, Jansou P, et al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2005; 14(2):81-9.

4. Ngoundo-Mbongue TB, Sommet A, Pathak A, Montastruc JL. "Medicamentation" of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. Eur J Clin Pharmacol. 2005; 61(4):309-13.

5. Santos DVD. Uso de psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2009.

6. Dimenstein M, Galvão VM, Severo AKS. O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. Pesqui Prat Psicossoc. 2009; 4(1):37-48.

7. Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estud Psicol. 2004; 9(2):373-9.

8. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Cienc Saude Colet. 2009; 14(1):129-38.

9. Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. SANARE. 2005/2007; 6(2):34-42.

10. Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Cienc Saude Colet. 2009; 14(2):477-86.

11. Sousa FSP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Barros MMM, Quinderé PHD, Gondim LGF. Tecendo rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. Physis. 2011; 21(4):1579-99.

12. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Cienc Saude Colet. 2009; 14(1):139-48.

13. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Cienc Saude Colet. 2012; 17(3):653-60.

14. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: uma análise da produção científica e documental. Interface (Botucatu). 2013; 17(45):287-300.

15. Alves DS, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco; 2006.

16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

17. Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

18. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

19. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 14a ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

20. Assis MAA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Ed. UEFS; 2010. p. 139-59.

21. Lancetti A, Amarante PDC. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 615-34.

22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

23. World Health Organization. Organização Mundial da Saúde. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO/WONCA; 2008.

24. Assis MAA, Levi DL, Nascimento MAA, Leal JAL, Moreira RCR, Carneiro PRS, et al. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: Assis MAA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010. cap. 5, p. 100-11.

25. Nascimento MAA, Santos SCMC, Assis MMA, Moreira RCR, Leal JAL, Gonçalves CCT, et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no Programa Saúde da Família. In: Assis MAA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010. cap. 6,p.112-25.

26. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad Saude Publica. 2007; 23(10):2375-84.

27. Harada OL, Soares MH. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. SMAD Rev Eletr. Salud Alcohol Drog. 2010; 6(2):315-36.

28. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZ, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):293-302.

29. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental e tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Cienc Saude Colet. 2011; 16(7):3051-60.

30. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface (Botucatu). 2004; 8(14):73-92.

Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "Fui al dispensario de salud y el médico me mandó venir aquí": proceso de medicamentalización y (des)caminos para el cuidado de la salud mental en la atención primaria. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):61-74.

El objetivo de la investigación fue entender como se produce el cuidado de salud mental en la Atención Primaria, a partir de las experiencias de profesionales, usuarios y familiares captadas por medio de la entrevista semi-estructurada. Las informaciones obtenidas se categorizaron por los aspectos observados en la efectuación de la interfaz entre la Atención Primaria y la salud mental, que se describen como: la medicamentalización de los problemas de salud mental presentados por la población; las dificultades en el acceso de los usuarios del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) a la Unidad de Salud de la Familia y la formación en salud mental para los profesionales de la atención primaria. El proceso de medicamentalización está presente en las prácticas de los profesionales y se configura como la principal demanda de los usuarios del CAPS. Este proceso indica la necesidad de acciones desmedicalizadoras que encuentran fuerza en la incorporación de nuevas relaciones y dinámicas sociales en el territorio, mayor articulación de los equipos y estímulo a la participación social de la comunidad en este proceso.

Palabras clave: Salud mental. Atención primaria de salud. Medicalización. Resolución de problemas.

Recebido em 25/07/13. Aprovado em 13/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0264

Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários:

resolutividade e barreiras

Mariana Antunes da Silva[a]
Mara Lisiane de Moraes dos Santos[b]
Laís Alves de Souza Bonilha[c]

Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Users' perceptions of outpatient physiotherapy in the public healthcare system in Campo Grande (MS, Brazil): problem-solving capacity and difficulties. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):75-86.

This study aimed to ascertain user perceptions regarding outpatient physiotherapy services within the National Health System (SUS) in Campo Grande (MS, Brazil), in relation to care outcomes and barriers encountered. We conducted a descriptive-exploratory investigation through interviews, in which data were organized using the collective subject discourse technique. We interviewed 45 users of seven physiotherapy clinics linked to SUS. Among the reasons for seeking therapy, 93.3% were musculoskeletal disorders and 6.7%, neurological disorders. We identified the following central ideas (CI): CIA – Physiotherapy is not a full solution; CIB – Physiotherapy through SUS is a solution and works well; CIC – Physical distance hinders access to physiotherapy; CID – Bureaucracy hampers continuity of care. Most respondents (86.6%) considered that physiotherapy was a solution. The difficulties related to physical access, and financial and bureaucratic issues were limiting factors.

Keywords: Physiotherapy. Health evaluation. User satisfaction. Public Health.

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de usuários dos serviços de fisioterapia ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campo Grande-MS, sobre a resolutividade da atenção e barreiras enfrentadas. Foi realizada pesquisa descritivo-exploratória com entrevistas e os dados organizados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram entrevistados 45 usuários, em sete clínicas de fisioterapia conveniadas ao SUS. Os motivos de procura pela fisioterapia foram distúrbios osteomioarticulares (93,3%) e neurológicos (6,7%). Foram identificadas as Ideias Centrais (IC): ICA – A Fisioterapia não é totalmente resolutiva; ICB – A Fisioterapia pelo SUS é resolutiva e funciona bem; ICC – A distância dificulta o acesso à Fisioterapia; ICD – A burocracia dificulta a continuidade do tratamento. A maioria dos entrevistados considerou a fisioterapia resolutiva (86,6%). As dificuldades foram relacionadas ao acesso, sendo limitantes as questões físico-financeiras e burocráticas.

Palavras-chave: Fisioterapia. Avaliação em saúde. Satisfação dos usuários. Saúde Pública.

[a] Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Núcleo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Rua Caiçara, nº 67, Bairro Piratininga. Campo Grande, MS, Brasil. 79081-120. maritjms@hotmail.com
[b,c] Curso de Fisioterapia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. mara.santos@ufms.br e laissouza@hotmail.com

Introdução

A reorganização da rede de atenção à saúde do País, associada ao atual perfil epidemiológico dos brasileiros – com o envelhecimento da população, redução da natalidade, aumento da prevalência de doenças crônicas e dos agravos por causas externas –, tem demandado estudos sobre a qualidade das ações nos serviços de saúde[1].

Diferentes abordagens têm sido empregadas, e a avaliação, por parte dos usuários, é um dos métodos adotados e que tem a vantagem de expressar a opinião de quem usufrui dos serviços ou das ações em saúde. Como protagonistas do processo, conhecer a opinião dos usuários sobre a qualidade da atenção torna-se imprescindível para a implementação de ações que melhorem a efetividade da atenção com menores custos[2-6].

A percepção do usuário é uma medida direta do atendimento de suas necessidades e está relacionada à expectativa sobre os cuidados de saúde[7]. Ao avaliarem o serviço, os usuários consideram questões relacionadas à relação profissional-paciente, além de acesso, qualidade, estrutura física e organizacional[5,8]. Monitorar a satisfação dos usuários também é importante para a avaliação da qualidade do atendimento, considerando que esta percepção pode influenciar nas mudanças do processo de trabalho e na resolutividade do tratamento de saúde[9,10].

Estudos sobre a qualidade da atenção fisioterapêutica e a satisfação dos usuários têm sido realizados nos últimos anos. No Brasil, os estudos dessa natureza ainda são limitados e estão restritos à análise quantitativa da satisfação dos usuários[2-6]. Ainda que permita alcançar uma amostra mais representativa, com menor custo, anônima e, algumas vezes, com instrumentos autoaplicáveis, há autores que consideram as avaliações quantitativas como um método reducionista e limitado. Por isso, e em decorrência dos níveis elevados de satisfação identificados em diferentes estudos da saúde, há preocupação em se estabelecerem novas estratégias metodológicas que investiguem a opinião dos usuários de forma mais fidedigna[11].

Os estudos qualitativos são importantes por possibilitarem a real expressão do sujeito, ouvindo-o quanto às suas sensações e percepções relacionadas à condição de saúde[12]. Além de focalizar as interações dos atores, o estudo qualitativo também considera crenças, estilo de vida e outras concepções do processo saúde-doença, e permite a expressão espontânea do interlocutor sem direcionamentos[8].

As avaliações em saúde devem ser compostas não só pelas percepções baseadas em experiências individuais, mas, também, com o que está acontecendo no sistema de saúde de forma mais ampla[13]. Nessa perspectiva, além de conhecer a percepção dos usuários sobre a qualidade e a resolutividade do cuidado recebido, conhecer o funcionamento da rede de saúde em que a fisioterapia está inserida amplia o acesso à informação e permite que as ações sejam propostas de acordo com a realidade da população e do que lhe pode ser fornecido.

Conforme mencionado, estudos de abordagem qualitativa sobre a qualidade da atenção fisioterapêutica não foram identificados na literatura. Com o entendimento de que dados mais contundentes sobre a resolutividade da atenção podem ser desvelados por meio da pesquisa qualitativa, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos usuários dos serviços de fisioterapia, no âmbito da resolutividade da atenção e das barreiras enfrentadas, para utilização dos serviços de fisioterapia ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campo Grande-MS.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, realizado com usuários dos serviços de fisioterapia ambulatorial do SUS, do município de Campo Grande-MS. Foram incluídos, no estudo, usuários com idade maior que 18 anos, que estivessem com o tratamento fisioterapêutico pelo SUS em andamento e que já tivessem cumprido o mínimo de 80% das sessões previstas.

Inicialmente, buscou-se conhecer as clínicas de fisioterapia e hospitais que prestam assistência ambulatorial ao SUS, por meio de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde Pública

(SESAU) do município de Campo Grande/MS. Em seguida, os profissionais responsáveis por cada serviço foram contatados e uma visita foi agendada. Após apresentação do projeto e aceite da participação, a administração de cada clínica forneceu a relação de usuários que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, e 20% do total destes foram aleatoriamente selecionados para a realização da entrevista.

Os usuários foram abordados na sala de espera do próprio serviço de fisioterapia, onde receberam esclarecimentos sobre o estudo, e os que aceitaram participar foram entrevistados. A primeira parte da entrevista consistiu da coleta dos dados pessoais como: gênero, idade, escolaridade, renda familiar, ocupação e o tipo de assistência à saúde (Sistema Único de Saúde – SUS, plano de saúde privado, convênio). A segunda parte buscou conhecer os dados referentes à fisioterapia: motivo da procura pelos serviços de fisioterapia, tempo transcorrido entre o encaminhamento e o atendimento, meio de transporte utilizado para o deslocamento até a fisioterapia e atendimento individual ou em grupo. A terceira parte da entrevista foi composta por duas questões: "Qual a sua opinião sobre a resolutividade da fisioterapia no SUS?" e "Quais as principais dificuldades no atendimento?". As questões foram norteadoras e o entrevistador teve a liberdade de questionar e estimular a participação ou a exposição da opinião dos usuários, empregando expressões neutras como: "fale mais sobre isso", "explique melhor", sem induzir nenhum tipo de resposta.

As entrevistas foram gravadas e o áudio transcrito, o que possibilitou um registro fidedigno das informações fornecidas pelos usuários. Após a transcrição, o material foi submetido à leitura transversal e horizontal, para a observação do "todo" de cada entrevista, bem como para a identificação das ideias centrais encontradas nos depoimentos.

As respostas às questões abertas foram analisadas mediante a técnica Discurso do Sujeito Coletivo – DSC[14], que é uma forma de organizar dados de natureza verbal obtidos por depoimentos, por meio dos quais o conjunto de pensamentos individuais expressa o pensamento coletivo. Para tal, analisam-se as respostas individuais a cada questão proposta, das quais são retirados os conceitos metodológicos de: Expressão-chave (EC), Ideia Central (IC) e Ancoragem, usados para o processamento dos depoimentos, dando origem aos DSC.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Resultados

Características dos entrevistados

No município de Campo Grande, MS, há 135 clínicas de fisioterapia registradas no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região[15]. Segundo a relação dos serviços de fisioterapia fornecida pela SESAU, no momento do estudo, a atenção fisioterapêutica ambulatorial pelo SUS neste munícipio é prestada de forma suplementar por dez clínicas conveniadas. Dessas, sete participaram do estudo, duas não funcionavam mais como clínicas de atenção fisioterapêutica e uma não aceitou fazer parte da pesquisa.

Considerando-se os critérios de inclusão, foram entrevistados 45 usuários nas sete clínicas. O perfil dos entrevistados caracterizou-se por 60% (n=27) do gênero masculino e 40% (n=18) do gênero feminino. A média de idade dos entrevistados foi de 49,18 (±16,79) anos, com idade mínima de 18 e máxima de 86 anos. No que diz respeito à escolaridade: 13,3% (n=6) tinham Ensino Fundamental completo; 37,8% (n=17) Ensino Fundamental incompleto; 24,5% (n=11) Ensino Médio completo; 11,1% (n=5) Ensino Médio incompleto; 6,7% (n=3) Ensino Superior completo; 4,4% (n=2) Ensino Superior incompleto; e 2,2% (n=1) especialização. A renda familiar média foi de 1.475,02 (±1.062,24) reais, que variou entre 624,00 e 4.500,00 reais. Quanto à ocupação, 11,1% (n=5) não possuíam um emprego formal e não tinham rendimento próprio, incluindo quatro donas de casa (80%) e um estudante (20%). Os outros 88,9% (n=40) apresentavam rendimentos, 15% (n=6) eram trabalhadores da construção civil; 7,5% (n=3) auxiliares de produção; 7,5% (n=3) vendedores; 5% (n=2)

autônomos; 5% (n=2) motoristas; 5% (n=2) enfermeiros; 2,5% (n=1) aposentado; 2,5% (n=1) auxiliar administrativo; 2,5% (n=1) frentista; 2,5% (n=1) capataz; 2,5% (n=1) cozinheiro; 2,5% (n=1) cuidador de idosos; 2,5% (n=1) instrutor de autoescola; 2,5% (n=1) empregada doméstica; 2,5% (n=1) técnico agropecuário; 2,5% (n=1) barman; 2,5% (n=1) representante comercial; 2,5% (n=1) costureiro; 2,5% (n=1) torneiro mecânico; 2,5% (n=1) mecânico; 2,5% (n=1) professor; e 2,5% (n=1) soldador. Do total de usuários, 60% (n=27) possuíam outra forma de assistência à saúde suplementar ao SUS, porém não utilizaram os serviços fisioterapêuticos disponibilizados por seus convênios pela necessidade de pagamento de taxas cobradas por cada sessão de fisioterapia.

As principais queixas que levaram à procura por fisioterapia pelo SUS foram os distúrbios osteomioarticulares, que corresponderam a 93,3% (n=42) dos casos. Estes foram decorrentes de acidentes e lesões no trabalho (26,2%; n=11), acidentes automobilísticos (23,8 %; n=10), dorsalgia (19,1%; n=8); lesões no ombro (9,5%; n=4); lesões no tornozelo (9,5%; n=4); lesões no joelho (7,2%; n=3); e osteoporose (4,7%; n=2). Os demais usuários apresentavam disfunções neurológicas (6,7%; n=3). A média de tempo entre o encaminhamento e a primeira consulta para fisioterapia pelo SUS foi de 21,38 (±39,7) dias, o que variou entre um e duzentos e dez dias para o encaminhamento. A maioria dos usuários (51,1%; n= 23) se deslocou para a fisioterapia com transporte público; 37,8% (n=17) utilizaram automóveis; 6,7% (n=3) com bicicleta e 4,4% (n=2) chegaram aos serviços a pé. Todos os usuários informaram a abordagem individual nos atendimentos.

Para o agendamento da fisioterapia, os usuários relataram que levaram o encaminhamento médico até a unidade de saúde mais próxima de sua casa, onde, por meio da central de regulação, foram encaminhados para uma das clínicas de fisioterapia vinculadas ao SUS com disponibilidade de vagas. Caso os usuários quisessem escolher uma clínica específica dentre as prestadoras de serviços ao SUS, deveriam aguardar até que houvesse vagas disponíveis na clínica desejada.

Percepção dos entrevistados

Com relação às questões abertas, identificamos duas categorias entre as respostas: resolutividade da atenção e barreiras para a utilização dos serviços apresentadas a seguir.

Resolutividade da atenção

Os depoimentos mostraram as percepções dos usuários sobre a resolutividade da fisioterapia ambulatorial pelo SUS sob dois principais ângulos. A partir das respostas à pergunta "Qual a sua opinião sobre a resolutividade da fisioterapia no SUS?", foram identificadas duas ideias centrais (IC), e elaborados os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), relativos a cada IC.

A ideia central A (ICA) foi a de que a fisioterapia não é totalmente resolutiva, baseada na resposta de seis usuários, que se caracterizaram por tratar disfunções osteomioarticulares decorrentes de lesão no ombro (n=3) e no tornozelo (n=1), dorsalgia (n=1) e acidente automobilístico (n=1), cujo DSC está representado no Quadro 1.

Quadro 1. ICA – A Fisioterapia não é totalmente resolutiva

"A fisioterapia eu vejo assim mais como paliativo, pra aliviar a dor. Resolve um pouco.Ela funciona por um determinado tempo. Eu venho aqui porque sinto muitas dores. Ai eu procuro aqui. Então ela ameniza bem. Mas, é pra pouco tempo, não é pra muito não. Tanto é que eu faço 10 aplicações. Espero ai, uns 15 dias, começa a doer novamente. Depende do local, porque eu fui numa fisioterapia, 20 sessões só no choquinho. Não é certo."

A ideia central B (ICB) – A fisioterapia é resolutiva e funciona bem – foi relatada por 39 usuários que relacionaram a fisioterapia com a melhora da função e dos sintomas apresentados. Esse grupo foi composto por usuários que apresentavam disfunções neurológicas (n=3) e ostemioarticulares decorrentes de: acidentes e lesões no trabalho (n=11); acidentes automobilísticos (n=9; dorsalgia (n=7); osteoporose (n=2); lesões no ombro (n=3); lesões no tornozelo (n=1); e lesões no joelho (n=3). O Quadro 2 demonstra o DSC.

Quadro 2. ICB – A Fisioterapia pelo SUS é resolutiva e funciona bem

"Eu acho que é bom a fisioterapia pelo SUS.O atendimento tá sendo muito bom, funciona muito bem, to vendo resultado. Depende também do paciente cumprir as metas que pedem. Eu não tenho do que reclamar. Não terminei, mas a gente já consegue ver um resultado bom. No decorrer do processo da fisioterapia tive uma melhora visível. Não tava nem andando, cheguei mal pra caramba, na cadeira de rodas e agora já to andando com uma muleta. Eu tava com muita dor. O pé tava bem inchado, parecia dois pés. Aí já senti que foi melhorando, foi melhorando. Funciona. É bom, ajuda a gente. Ajuda muito. Pra mim tá fazendo efeito."

Barreiras para utilização dos serviços

De acordo com as declarações nas entrevistas em resposta à segunda pergunta – "Quais as principais dificuldades no atendimento?" – foi possível identificar dois grupos de barreiras à fisioterapia ambulatorial pelo SUS. A primeira barreira, que é referente aos pacientes, é a dificuldade de acesso físico-financeiro aos serviços. A outra, que é referente aos serviços, diz respeito à dificuldade com a continuidade do tratamento. A partir do depoimento de cinco usuários, criou-se a ideia central C (ICC) de que a distância dificulta o acesso à fisioterapia, cujo DSC está demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3. ICC – A distância dificulta o acesso à Fisioterapia

"A distância. Tinha que ser em um lugar mais perto para pessoa. A pessoa, às vezes, não tem como tá se locomovendo muito longe, por causa do problema. Eu fico pensando pra quem mora longe. Eu sempre procuro o lugar mais próximo pelo SUS. Porque, às vezes, a pessoa tem que atravessar a cidade para fazer fisioterapia. Eu não tenho quem me trazer. Tem que vir e voltar. Então você gasta um pouco né. Ai meu salário que eu não to tirando, porque agora eu to parada né. Então esses dias tá sendo muito difícil pra mim. Porque, às vezes, eu não tenho passe. Você vê quanto que eu não gasto de passe sem poder? É sem poder mesmo. Tiro de uma coisa para cobrir outra."

A ideia central D (ICD) foi constituída a partir de outros 14 depoimentos – A burocracia para agendamento e disponibilidade de vagas interfere na continuidade do tratamento, e, consequentemente, em sua resolutividade – conforme demonstrado no DSC correspondente (Quadro 4).

Quadro 4. ICD – A burocracia dificulta a continuidade do tratamento

"A única dificuldade é pra marcar a fisioterapia quando tem sequência. Não é todo mundo que consegue agendar, marcar, porque é muito demorado. Porque tem gente que não tem tempo para conseguir uma fisioterapia pelo SUS. O mais demorado é marcar no posto né. Tem que levantar cedo para ir no posto e marcar. Tem que marcar, esperar, agendar. Vortá no médico para poder pedir mais. Pra você agendar o médico já é difícil. Porque, às vezes, a fisioterapeuta pede pra você dar continuidade, mas ai você tem que voltar pro médico, ir lá, voltar, marcar consulta. Por exemplo, o médico passa 30 sessões. Eu faço de 10 em 10. Quando tá terminando, já terei que marcar mais 10. Ai, eu vou lá no postinho mais próximo de casa e não consigo marcar na sequência. Às vezes, fica complicado, é o sistema que indica o local. Quando surge vaga e você precisa, você tem que ir para outra clínica. O sistema indica outro local de fisioterapia, dá a impressão que eu tenho que começar tudo novamente. Seria bom no mesmo local. Um encaminhamento que durasse mais tempo."

Discussão

Este estudo é fundamentado pelo pressuposto de que a Saúde é um direito de todos e pelo reconhecimento de que a Saúde Funcional é parte importante da saúde dos brasileiros. Especificamente nesta pesquisa, avaliar a atenção fisioterapêutica ambulatorial na perspectiva dos usuários dos serviços coloca o conhecimento da realidade como estratégia para os avanços na qualidade da atenção.

Embora os serviços de saúde não sejam os principais determinantes no processo saúde-doença, a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem determinar impactos na saúde da população[16]. A atenção fisioterapêutica ambulatorial, por meio do diagnóstico cinesiológico funcional, o mais precoce possível, e o tratamento de maneira imediata, contínua e resolutiva repercutirão em limitação dos danos, reabilitação e, consequentemente, na saúde dos indivíduos vulneráveis e/ou com algum grau de incapacidade funcional.

Na análise do perfil dos usuários dos serviços fisioterapêuticos, identificamos que o percentual mais expressivo era do sexo masculino, em fase adulta, com rendimentos próprios, reduzido nível de escolaridade e baixa renda familiar. No que se refere ao deslocamento para as clínicas de fisioterapia, a maioria dos usuários chegou às clínicas por meio de transporte público.

Com exceção do gênero, outros estudos identificaram características semelhantes dos usuários dos serviços ambulatoriais de Fisioterapia[2,4], sendo que, nos serviços públicos, os usuários apresentam menor nível de escolaridade e de renda familiar em relação aos serviços privados[3,5]. Indivíduos em fase adulta são mais expostos a fatores de riscos como: acidentes de trânsito e de trabalho, doenças crônicas e estresse[17]. Tais fatores são ainda mais evidentes nos homens, os quais, neste estudo, representam a maioria dos usuários em tratamento fisioterapêutico. Em comparação com as mulheres, os homens consomem mais álcool e drogas, estão mais suscetíveis a acidentes por causas externas (como acidentes de trânsito e violência), assim como, dependendo da atividade ocupacional, podem estar mais expostos a situações de risco no ambiente de trabalho[18]. Outra característica relacionada ao gênero masculino é o fato de se considerarem invulneráveis, com baixa adesão às práticas de prevenção, e não buscarem o cuidado na atenção primária à saúde, adentrando na rede de saúde pelos serviços de média e alta complexidade na ocorrência de doenças[19,20].

Todas essas características explicam os resultados referentes aos principais motivos de procura dos serviços de fisioterapia relatados pelos usuários deste e de outros estudos da literatura[3,5]: os osteomioarticulares, em especial por acidentes de trânsito e de trabalho. Nota-se, portanto, que a maior parte dos usuários buscou a atenção fisioterapêutica em função de um evento agudo que os deixou temporariamente com algum grau de incapacidade funcional, prejudicou a vida produtiva e a atividade laboral desses indivíduos.

Mediante tais resultados, associados ao fato de que a atenção fisioterapêutica nas equipes de Atenção Primária à Saúde do País é um processo em construção[21] e não é realidade em Campo Grande, nem tampouco na maior parte dos municípios do Brasil, podemos inferir que os indivíduos com queixas leves por causa de distúrbios que ainda não imponham limitações importantes à saúde funcional estejam à mercê da evolução natural da doença. Tal situação pode repercutir – em médio e longo prazo – em condições mais graves e com menor chance de resolutividade, impondo custos físicos, psicológicos, sociais e econômicos expressivos[22,23].

Ainda com relação aos motivos de procura por assistência fisioterapêutica ambulatorial, é notável o pequeno percentual de usuários com problemas neurológicos identificados na rede de fisioterapia ambulatorial do município. Esses resultados são semelhantes aos relatados por Fréz e Nobre[3] e Machado e Nogueira[5], e, possivelmente, estão relacionados à dificuldade de locomoção física dos usuários que apresentam distúrbios neurológicos. Os entrevistados referiram deslocamento para as clínicas de fisioterapia por meio do transporte público, automóvel, a pé ou de bicicleta, o que indicou que aqueles com dificuldade de locomoção e sem condições financeiras para custearem um carro que os transportem até as clínicas não têm possibilidade de utilizar os serviços públicos de fisioterapia.

Segundo o Censo Demográfico do município, em 2010, havia 150.191 habitantes com algum tipo de deficiência motora classificada em: 98.410 pessoas com deficiência motora "com alguma dificuldade"; 42.895 pessoas "com grande dificuldade"; e 8.886 pessoas que "não conseguem de

modo algum"[24]. Considerando-se que a maior parte da população utiliza a rede pública de saúde, pode-se afirmar que há um grande número de pessoas com deficiência motora, com necessidade de tratamento fisioterapêutico, sem acesso aos serviços de reabilitação. Esta demanda reprimida pode ser explicada pelo fato de que o transporte sanitário para o deslocamento desses usuários até os respectivos serviços não é disponibilizado pela SESAU, tampouco está instituída a rede de atenção domiciliar, tanto no município estudado como na maior parte dos municípios do País. Essa mesma realidade foi identificada em outros estudos, o que demonstra que a limitação em se deslocar até o local da fisioterapia pode ser considerada empecilho ao acesso, e são necessárias condições físicas e financeiras, considerando a regularidade e a frequência que demanda o tratamento[4].

Por ser a saúde um direito constitucional e a universalidade do acesso em todos os níveis de atenção um dos princípios do Sistema Único de Saúde do País[25], é preocupante a falta de acesso aos serviços de reabilitação imposta a tais cidadãos. As pessoas com graus moderados e graves de deficiência motora e sem condições de locomoção permanecem restritas ao domicílio e, sem acesso aos serviços de reabilitação, ficam expostas à evolução do agravo. A esses cidadãos é negada a possibilidade da recuperação da saúde funcional e, em muitos casos, da vida laboral e social.

No que se refere à percepção dos usuários sobre a resolutividade da atenção fisioterapêutica recebida, identificamos, nas respostas, que tal percepção está atrelada especificamente à recuperação da função e melhora da dor. Outros estudos demonstram que os usuários também qualificam a satisfação e a resolutividade relacionando-as ao ambiente físico e à relação terapeuta/paciente[3,4,6,11].

Embora um grupo expressivo de respondentes tenha considerado a atenção resolutiva, ainda que o tratamento estivesse em curso, houve outro grupo que considerou que a atenção recebida não apresenta resolutividade total, pois os sintomas retornam algum tempo depois da interrupção do tratamento. Distintos aspectos podem estar atrelados à resolutividade limitada da atenção fisioterapêutica, dentre os quais está a descontinuidade no tratamento, também relatada neste estudo como uma dificuldade enfrentada pelos usuários. A eficácia do atendimento terapêutico pode ser protelada, interrompida ou abolida no decorrer do tempo que o paciente permanece sem assistência e orientação[26].

Reconhecer a relação entre a resolutividade e a satisfação dos usuários é importante para avaliar a qualidade e o desempenho dos serviços de saúde. A localização e custos envolvidos são fatores que influenciam na satisfação e adesão dos usuários[27]. No presente estudo, as dificuldades mencionadas dizem respeito ao acesso físico-financeiro e burocrático, mesmo para os usuários que consideraram a fisioterapia resolutiva. Sobre as diferentes dimensões das barreiras ao acesso, Assis e Jesus[28] identificaram e descreveram as barreiras política, técnica, simbólica, físico-social e organizacional. As duas últimas também foram relatadas pelos indivíduos estudados nessa pesquisa.

Tais resultados reforçam a discussão anterior sobre a falta de acesso aos serviços de fisioterapia, que ficam restritos àqueles que, de alguma maneira, são capazes de se deslocar até o local de tratamento. Mesmo os que conseguem realizar a fisioterapia, queixam-se de ter de percorrer longas distâncias, o que demanda tempo, esforço físico e gastos financeiros. Essa mesma realidade foi encontrada no estudo de Machado e Nogueira[5], no qual os usuários que relataram o acesso como difícil, consideraram como empecilhos ao tratamento: o tempo de deslocamento até o local de atendimento, a inexistência de serviço de fisioterapia mais próximo, os problemas de locomoção, a dificuldade financeira e a distância de suas residências. Concordamos com Ramos e Lima[10] sobre a necessidade de investigações que levantem a demanda dos usuários que não têm acesso à fisioterapia, identifiquem as necessidades de saúde dessas pessoas e como isso repercute em suas vidas cotidianamente.

Outros fatores mencionados como empecilhos para a utilização dos serviços de fisioterapia na rede pública são os processos burocráticos de encaminhamento e agendamento. Embora os caminhos para a atenção fisioterapêutica estejam bem definidos no município, com agendamento operacionalizado pelo sistema de regulação de vagas, via unidade básica de saúde, há grande variabilidade no tempo entre o encaminhamento e o início do tratamento fisioterapêutico. Enquanto algumas pessoas relatam que, antes de acabarem as sessões previstas, procuram a consulta médica para a solicitação e o agendamento de novas sessões, em um exemplo de que a população busca ativamente alternativas à burocracia dos serviços, outras aguardam semanas e, até mesmo, meses para dar continuidade ao tratamento, comprometendo o acesso e a equidade.

Atualmente, preconiza-se que dez sessões sejam disponibilizadas a cada encaminhamento, com necessidade de retorno ao médico para conseguir novas solicitações para as sessões subsequentes. No entanto, o tempo decorrido para marcar as consultas médicas não acompanha o cronograma de agendamento da fisioterapia, o que retarda a continuidade do atendimento. Como já discutido, a possibilidade de continuidade longitudinal do tratamento pode influenciar positivamente a percepção dos usuários no que se refere à satisfação e resolutividade das ações[26]. Conforme identificado no presente estudo, além de interferir no estabelecimento de vínculo profissional-usuário, a descontinuidade do tratamento com o mesmo fisioterapeuta influencia diretamente na resolutividade da queixa principal. Estes comentários trazem à tona a importância de o profissional fisioterapeuta ter autonomia para avaliar, discernir e deliberar sobre a necessidade de intervenções de forma individualizada para casa usuário.

Há, portanto, necessidade de uniformização das ações e maior agilidade para que os usuários obtenham continuidade do tratamento mais rapidamente. Além disso, é importante melhorar as informações e a divulgação sobre os caminhos que o usuário precisa percorrer pela rede até usufruir dos serviços fisioterapêuticos.

Assim, foi possível observar que as queixas relacionadas à assistência fisioterapêutica ambulatorial pelo SUS estão mais relacionadas às dificuldades de acesso a estes serviços. Cabe ressaltar que, mesmo com todas as dificuldades relatadas, a maioria dos pacientes considera o serviço de fisioterapia resolutivo. Não podemos nos furtar de refletir sobre a possibilidade da ausência de críticas aos serviços por receio de prejuízo ao atendimento, ou pela relação de dependência com os profissionais de saúde, fato já levantado por Fréz e Nobre[3].

Outro fator que pode ter contribuído para a falta de críticas mais contundentes pode estar relacionado ao baixo nível de escolaridade dos usuários entrevistados. Quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade em apresentar uma visão crítica sobre os serviços prestados[5]. A Comissão Nacional Sobre Determinantes de Saúde – CNDSS[29] discorre sobre os efeitos do nível de escolaridade na saúde de uma população, como, por exemplo, no que diz respeito: à percepção dos problemas de saúde, à capacidade de entendimento das informações sobre saúde, e ao consumo e utilização dos serviços de saúde. Assim, cada vez mais, mostra-se necessária a melhoria do acesso à informação, por parte dos usuários do SUS, sobre a saúde de qualidade como um direito Constitucional[30]. Além dos benefícios para o próprio usuário no sentido de fortalecer sua opinião crítica, proporcionar empoderamento e autonomia, também favorece o fluxo e uma rede de atenção à saúde mais ágil e resolutiva.

Na mesma perspectiva, motivados pelo menor número de anos no ensino formal, encontramos a maioria dos usuários entrevistados em ocupações de nível técnico. A limitação econômica, por sua colocação no mercado de trabalho, impacta no rendimento familiar e, consequentemente, no acesso à saúde. Assis e Jesus[28] associaram a baixa renda à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, alegando que as pessoas pertencentes às classes sociais economicamente prejudicadas buscam menos ou apresentam maior dificuldade de usufruir de tais serviços. Possivelmente, a associação desses fatores à capacidade reduzida de crítica leve os usuários a identificarem como de boa qualidade abordagens que poderiam sofrer qualificação.

Ainda que a maioria tenha discorrido positivamente sobre a resolutividade da fisioterapia, a opinião daqueles que não consideram a fisioterapia resolutiva, bem como as dificuldades relatadas por todos os entrevistados, são fundamentais para a reorganização dos serviços públicos de saúde.

Gestores e equipes de trabalhadores devem considerar, ainda, a possibilidade da aceitação de ofertas pouco qualificadas e superestimadas pelos usuários, visto que a autonomia, o empoderamento e a participação desse segmento no controle dos serviços ainda está incipiente na maioria das redes de atenção à saúde.

Considerações finais

O perfil dos usuários de fisioterapia ambulatorial pelo SUS em Campo Grande, MS, está caracterizado por: pessoas do sexo masculino, com baixa escolaridade, com idade economicamente ativa, e que têm condições de deslocamento por meio de transporte público ou automóvel para receber assistência fisioterapêutica. Os principais motivos encontrados de encaminhamento para a fisioterapia ambulatorial pelo SUS estão relacionados a distúrbios osteomioarticulares. Assim, compreende-se que os usuários com distúrbios neurológicos ou de outra natureza, com dificuldades de acesso físico e financeiro, ou sem encaminhamentos médicos não têm recebido atenção fisioterapêutica em nível ambulatorial.

A maioria dos entrevistados considerou que a fisioterapia ambulatorial pelo SUS deste município é resolutiva, pois reduz os sintomas álgicos e melhora a funcionalidade. As dificuldades mencionadas para a utilização dos serviços de fisioterapia estão relacionadas à distância entre os domicílios dos usuários e as clínicas, e à burocracia para os agendamentos. A distância limita o acesso físico-financeiro e a burocracia interfere na continuidade e, consequentemente, na resolutividade do tratamento.

Para uma melhor e mais resolutiva atenção fisioterapêutica, é necessário uma reorganização da rede de atenção no que diz respeito às questões burocráticas, como a necessidade do retorno ao médico exclusivamente com a finalidade de garantir o encaminhamento, bem como a ampliação dos serviços de fisioterapia em diferentes regiões do município e do número de fisioterapeutas para atenção secundária no SUS. Além disso, entende-se que tais medidas não beneficiariam os usuários que necessitam de fisioterapia, que não têm condições de deslocamento até as clínicas, ou estão restritos ao domicílio ou ao leito. Assim, defende-se a importância da implantação de serviços de Atenção Domiciliar instituídos pelo SUS[31] e a inserção do fisioterapeuta nestes espaços. Recomenda-se que sejam realizados estudos que levantem demanda dos usuários que não têm condições de deslocamento até as clínicas de fisioterapia, e permanecem sem acesso à atenção fisioterapêutica pelo SUS, visto que não foram contemplados pela metodologia desse estudo.

Finalmente, entende-se que somente a melhoria do acesso e a disponibilidade de vagas na rede são insuficientes para garantir uma atenção resolutiva. Para tanto, os profissionais devem estar qualificados para promover a saúde funcional dos usuários que necessitam dos serviços fisioterapêuticos, e os usuários devem desenvolver autonomia, participação social e comprometimento no cuidado com a própria saúde.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Moretto LC, Longo GZ, Boing AF, Arruda MP. Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana de Lages, Santa Catarina. Braz J Phys Ther. 2009; 13(2): 130-5.

2. Gonçalves JR, Vera FEL, Matos ACM, Lima ISA. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. Fisioter Mov. 2011; 24(1):47-56.

3. Fréz AR, Nobre MIRS. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. Fisioter Mov. 2011; 24(3):419-28.

4. Rodrigues RM, Raimundo CB, Silva KC. Satisfação dos usuários dos serviços privados de Fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Perspect Online [Internet]. 2010 [acesso 2012 Dez 7]; 4(14):163-80. Disponível em: http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n14/volume4(14)artigo15.pdf

5. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. Braz J Phys Ther. 2008; 12(5):401-8.

6. Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. Braz J Phys Ther. 2007; 11(5):369-76.

7. Murray CJL, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. Health Aff (Millwood) 2001; 20(3):21-4. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.21.

8. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Cienc. Saude Colet. 2005; 10 Supl:303-12.

9. Geitona M, Kyriopoulos J, Zavras D, Theodoratouum T, Alexopoulos EC. Medication use and patient satisfaction: a population-based survey. Fam Pract. 2008; 25(5):362-9.

10. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica. 2003; 19(1):27-34.

11. Keith RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. Arch Phys Med Rehabil. 1998; 79(9):1122-8.

12. Shimizu HE, Rosales C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. Rev Latino-am Enferm. [Internet]. 2008 [acesso 2012 Dez 6]; 16(5):87-93. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_14.pdf

13. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on Health. System Performance. Health Aff (Willwood) 2001; 20(3):10-20. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.10.

14. Lefévre F, Lefévre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo - a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2a ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.

15. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região - CREFITO13. Quantitativo de inscrições de empresas de Fisioterapia no Município de Campo Grande – MS no ano de 2012. Campo Grande; 2012.

16. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca-Júnior GA, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad Saude Publica. 2012; 28 Supl:81-9.

17. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. Epidemiol Serv Saude. 2008; 17(4):247-57.

18. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editores. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p.137-52.

19. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2008.

20. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. Men in a primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. Interface (Botucatu). 2010; 14(33):257-70.

21. Neves LMT, Acioli GG. Challenges of integrality: revisiting concepts about the physical therapist's role in the Family Health Team. Interface (Botucatu). 2011; 15(37):551-661.

22. Borges AMP, Gonçalves MANB, Lovato M, Salício VAMM. A contribuição do fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura. Uni Cienc. 2010; 14(1):69-82.

23. Rezende M, Moreira MR, Amâncio-Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Cienc. Saude Colet. 2009; 14 Supl 1:1403-10.

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2010 [acesso 2012 Nov 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ms&tema=censodemog2010_defic

25. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Set 19.

26. Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. Phys Ther [Internet]. 2005 [acesso 2012 Dez 4]; 85(10):1046-52. Disponível em: http://ptjournal.apta.org/content/85/10/1046

27. Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey (PTOPS). Phys Ther [Internet]. 1999 [acesso 2012 Dez 6]; 79(2):159-70. Disponível em: http://ptjournal.apta.org/content/79/2/159

28. Assis MM, Jesus WIA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cienc Saude Colet. 2012; 17(11):2865-75.

29. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.

30. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

31. Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011 Ago 24.

Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Fisioterapia ambulatorial en la red pública de salud de Campo Grande (Matro Grosso do Sul, Brasil) en la percepción de los usuarios: capacidad de resolución y barreras. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):75-86.

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de usuarios de los servicios de fisioterapia ambulatorial del Sistema Único de Salud en el municipio de Campo Grande-Estado de Mato Grosso do Sul sobre la capacidad de resolución de la atención y las barreras enfrentadas. Se realizó una encuesta descriptivo-exploratoria con entrevistas, datos organizados por la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Fueron entrevistados 45 usuarios, en siete clínicas de fisioterapia con convenio con el SUS. Los motivos de búsqueda de la fisioterapia fueron disturbios osteomioarticulares (93,3%) y neurológicos (6,7%). Se identificaron las Ideas Centrales (IC): ICA – La Fisioterapia no tiene capacidad total de resolución; ICB – La Fisioterapia ofrecida por el SUS tiene capacidad de resolución y funciona bien; ICC – La distancia dificulta el acceso a la Fisioterapia; ICD – La burocracia dificulta el acceso a la Fisioterapia. La mayoría de los entrevistados consideró la fisioterapia con capacidad de resolución (86,6%). Las dificultades se relacionaron al acceso, siendo limitadoras las cuestiones físico-financieras y burocráticas.

Palabras-clave: Fisioterapia. Evaluación en salud. Satisfacción de los usuarios. Salud pública.

Recebido em 06/06/13. Aprovado em 11/11/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0491

A música popular brasileira na construção do conhecimento em Saúde Pública:

o tema processo de trabalho e saúde

José Augusto Pina[a]

Pina JA. Brazilian popular music in constructing public health knowledge: the topic of work process and health. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):87-100.

This study highlights some topics relating to work and health in Brazilian popular music, especially samba, aiming to present a body of knowledge on the topic of work process and health. In the songs selected, categories were identified as a starting point for a discussion with the literature. With the development of the text, the wealth of folk song can be seen to provide content relating to the multiple dimensions of the work process and health-illness process of workers, including the collective and historical dimension of the struggle for the right to healthcare. This study resulted in placing value on Brazilian popular music as a way of understanding work-health relationships and developing public health knowledge.

Keywords: Public Health. Work process and health. Brazilian popular music. Samba.

Este estudo destaca temas relativos ao trabalho e à saúde na música popular brasileira, especialmente no samba. Tem como objetivo apresentar um corpo de conhecimentos sobre o tema processo de trabalho e saúde. Nas canções selecionadas foram identificadas categorias tomadas como ponto de partida para discussão com a literatura. Com o desenvolvimento do texto, percebe-se o manancial da canção popular para proporcionar conteúdos sobre múltiplas dimensões do processo de trabalho e do processo saúde-doença dos trabalhadores, inclusive a dimensão coletiva e histórica da luta pelo direito à saúde. Esta pesquisa resultou na valorização da música popular brasileira como uma forma de se entenderem as relações trabalho-saúde e de se desenvolver conhecimento em Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Saúde Pública. Processo de trabalho e saúde. Música popular brasileira. Samba.

[a] Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões, n. 1480, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210. augusto@ensp.fiocruz.br

Introdução

Este estudo identifica e analisa alguns temas relativos ao trabalho e a saúde em canções da música popular brasileira. É um dos resultados e desdobramentos do projeto de pesquisa "O trabalho e a saúde na música popular brasileira"[1].

A música e, num sentido mais amplo, a arte têm sido meios para a discussão, reflexão e aprendizado em diversas áreas do conhecimento[2-5]. Algumas propostas indicam que se pode aprender e ensinar por meio de múltiplas formas de arte: por exemplo, medicina por meio das artes visuais,[6] e enfermagem por meio da canção folclórica[7]. Outra proposta, com base na canção popular (urbana), procede a uma categorização de temas de ciência[8], em que emergem conteúdos das Ciências da Saúde, em particular da Saúde Coletiva. É no âmbito desta última perspectiva que se situa a pesquisa aqui apresentada: explorar, por meio da música popular brasileira, temas e conteúdos sobre trabalho e saúde relevantes para o conhecimento da Saúde Coletiva/Saúde Pública.

A música popular brasileira constitui uma das mais importantes manifestações artístico-culturais do país: suas canções (verso e música) apreendem uma diversidade de aspectos da vida cotidiana dos trabalhadores, além de, a seu modo, captarem as transformações nas relações econômicas, sociais, políticas e ideológicas. Como registros de acontecimentos históricos e sociais, a música popular brasileira constitui uma importante fonte documental para a produção de conhecimento científico[9], sobretudo quando se aborda a vida social dos trabalhadores[4].

Como salienta Carlos Sandroni[10], música popular brasileira é uma invenção que demarca a música urbana da rural. A música rural ou folclórica é anônima e não mediatizada, transmitida oralmente de geração em geração, enquanto a música popular corresponde à composição urbana, autoral e mediatizada, veiculada, originalmente, por meio do rádio e da gravação em disco[10, 11].

Neste artigo, privilegiamos o samba como gênero da música popular brasileira devido a sua influência nacional. O debate sobre as raízes do samba extrapola o escopo deste trabalho. É suficiente apenas assinalar, como disse Noel Rosa (1910-1937), em parceria com Vadico (1910-1962), em "Feitio de oração" (1932): "o samba na realidade não vem do morro/ Nem lá da cidade/ [...] Nasce no coração". Quer dizer, ultrapassou os limites do mundo dos trabalhadores e dos sambistas espontâneos, majoritariamente negros e mestiços, para alcançar as camadas médias urbanas e os intérpretes profissionais, majoritariamente brancos, que desde logo, nas décadas de 1920-30, dominaram o ambiente das gravadoras e das rádios.

Os sambistas estavam implicados no contexto de mudanças na sociedade: de um lado, a expansão da industrialização e do trabalho assalariado; de outro, o avanço da centralização estatal e a definição da singularidade nacional por meio de nossas raízes culturais e institucionais.

Desde então, o samba tomou rumos variados. Cada compositor, letrista e intérprete aportaram contribuições segundo as singularidades de suas próprias trajetórias e, por meio delas, os contornos de uma cultura de classe diferenciada. Esse viés de classe constitui uma das características do que se convencionou chamar de música popular brasileira[(b)].

O projeto "O trabalho e a saúde na música popular brasileira"[1] iniciou com uma ampla pesquisa e seleção de músicas que trazem referência ao trabalho e à saúde. As composições selecionadas foram tematizadas conforme os sentidos mais gerais das letras, sendo escolhidos os seguintes temas gerais: Processo de trabalho e saúde; Trabalho rural; Mulher e trabalho; Trabalho, profissão: a música popular

[(b)] Como salientamos[1]: "A sigla Música Popular Brasileira (MPB) aparece a partir do I Festival de Música Popular Brasileira, realizado pela TV Excelsior de São Paulo em 1965. A vitória de *Arrastão* de Vinicius de Moraes e Edu Lobo, interpretada por Elis Regina, expressa a confluência entre a bossa nova – em sua vertente original, representada por Vinicius, e a renovada, por Edu Lobo, sob a influência dos temas e motivos da Cultura Popular de caráter nacionalista (Sergio Ricardo, João do Vale, Carlos Lyra, Rui Guerra e Oduvaldo Viana Filho) – e o samba tradicional (Cartola, Zé Kéti, Ismael Silva, Paulinho da Viola, Nelson Sargento). A MPB é o resultado difuso dessas confluências notáveis já em 1963, no movimento do Centro de Cultura Popular da União Nacional de Estudantes (a música "A canção do Subdesenvolvido", de Carlos Lyra e Chico de Assis tornou-se o "hino" da UNE) e, em 1964, no Show Opinião, realizado em parceria com o Teatro de Arena de São Paulo (texto de Oduvaldo Vianna Filho, Paulo Pontes e Armando Costa; direção geral do espetáculo de Augusto Boal; direção musical, de Dori Caymmi; apresentação de Nara Leão, João do Vale e Zé Kéti). A MPB ficou publicamente marcada na recusa aos compositores e cantores da Jovem Guarda que, com o seu iê-iê-iê, era tida como antinacionalista (Oliveira, 2008; Sandroni, 2004; Aggio, Barbosa, Coelho, 2002; Mello, 1998; Tinhorão, 1997)."

brasileira; Saúde Pública. Em cada música, foram identificadas categorias que, nas respectivas letras, expressassem versões acerca dos temas Trabalho e Saúde. Estas categorias foram agrupadas nos temas gerais eleitos, tomadas como ponto de partida para a realização do tratamento científico de cada um deles, apoiados na literatura existente na Saúde Coletiva/Saúde do Trabalhador e na história social da música popular brasileira.

O presente artigo explora um dos temas gerais do projeto, a saber, processo de trabalho e saúde, tendo como referência uma seleção de nove músicas. Nosso propósito é nos reapropriarmos do processo artístico nas canções, abordando-as tematicamente. É necessário sublinhar o caráter polissêmico das músicas, sujeitas a múltiplas interpretações que, além do mais, constituem objeto da escuta de diferentes públicos, aumentando a variedade de significados nos diversos contextos de recepção ao longo do tempo.

Este estudo tem por objetivo apresentar um corpo de conhecimentos concernente ao tema processo de trabalho e saúde, construído a partir da análise das músicas selecionadas.

Além de fugir ao convencional, a construção de conhecimentos a partir da música popular pode proporcionar, às atividades de ensino em saúde, um rol de conteúdos com maior abrangência e potencial para o exercício interdisciplinar. A música pode aguçar a sensibilidade de alunos e professores para aprofundar e problematizar o conhecimento científico no âmbito da Saúde Coletiva, uma vez que a linguagem expressa na canção está referida a noções, experiências, representações emanadas a partir do imaginário popular[2].

Contudo, a finalidade não é ilustrar como aplicar os resultados da análise das canções na prática docente em saúde, mas sim, cabe reiterar, apresentá-los como um corpo de conhecimentos. E é nesse sentido que a exposição dos tópicos do tema processo de trabalho e saúde, com base nas canções mencionadas a seguir, incorpora a experiência do autor no ensino na Pós-Graduação em Saúde Pública.

Canção popular e determinação social do processo saúde-doença

Começamos com a análise de "Pedreiro Waldemar" (1948), marcha composta por Wilson Batista (1913-1968) e Roberto Martins (1909-1992), sucesso na voz de Blackout, no carnaval de 1949:

> Você conhece o pedreiro Waldemar?
> Não conhece
> Mas eu vou lhe apresentar
> De madrugada toma o trem da Circular
> Faz tanta casa e não tem casa pra morar.
>
> Leva a marmita embrulhada no jornal
> Se tem almoço, nem sempre tem jantar
> O Waldemar, que é mestre no ofício,
> Constrói um edifício e depois não pode entrar.

Na canção, o tema da desigualdade econômica e social aparece por um conjunto de condições de vida dos trabalhadores, tais como: alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte. Quatro décadas depois, essas e outras categorias são consagradas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 ("Lei Orgânica da Saúde"), "como fatores determinantes e condicionantes" da saúde.

Não obstante os avanços da legislação, "Pedreiro Waldemar" possibilita problematizar seus limites e situar o direito à saúde na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença[12]. Com a síntese expressa no verso "Faz tanta casa e não tem casa pra morar", o cancioneiro popular permite trazer à discussão a contradição fundamental em que está situada a desigualdade socioeconômica, inclusive a desigualdade em saúde, na sociedade capitalista, a saber, a contradição entre o caráter social da produção e o caráter privado da apropriação capitalista.

Em outros termos, a desigualdade das condições de vida e saúde das diferentes classes sociais está, centralmente, fundada nas relações de exploração efetivadas no processo de trabalho, unidade entre o

processo de produção imediato e o processo de circulação do capital, historicamente determinado. O conceito de exploração do trabalho exprime a relação social de produção capitalista – uma produção de mais-valia ou de mais trabalho dos trabalhadores e sua apropriação pelos capitalistas –, portanto, uma relação de luta de classes.

Neste sentido, "O samba da mais-valia" (2005), música em que Sérgio Silva[c] apresenta uma leitura de Marx, nomeia o dito em "Pedreiro Waldemar":

[c] Cabe informar que, neste caso, o compositor é sociólogo, professor da Universidade Estadual de Campinas.

> Síntese de muitas determinações
> A realidade social é feita de contradições
> Mas a árvore não pode esconder o arvoredo
> Vem o grande analista, revela o segredo
> Da acumulação de Capital
> [...]
> É mais-valia pra cá, é mais-valia pra lá
> Tempo roubado do trabalho social

Falar em exploração do trabalho é, ao mesmo tempo, falar em resistência dos trabalhadores, como diz outro trecho de "O samba da mais-valia": Ninguém pode vencer essa luta sozinho/ É luta de classes, coração.

Nesse sentido, cabe salientar o avanço da Medicina Social latino-americana na compreensão do processo saúde-doença coletivo dos trabalhadores radicado nas práticas das classes e dos agentes sociais em luta, e não apenas nas condições de vida[13]. Além disso, os efeitos destas práticas expressos em valores, crenças, sentidos e significados estão implicados negativa ou positivamente no processo saúde-doença dos trabalhadores, pois integram diferentes perspectivas legitimadoras ou questionadoras das relações de exploração e dominação na sociedade[12].

"Três apitos" e algumas dimensões do processo de trabalho

Prossigamos com "Três apitos" (1933), samba de Noel Rosa (1910-1937), compositor que, em suas canções, realizou verdadeiras crônicas da vida urbana do Rio de Janeiro, com uma refinada capacidade de captar as transformações sociais operadas no seu tempo: nesta canção, a fábrica aparece como organizadora da vida social, e o *apito* de sua chaminé de barro como expressão do tempo social no capitalismo.

> Quando o apito da fábrica de tecidos
> Vem ferir os meus ouvidos
> Eu me lembro de você
> [...]
> Você que atende ao apito
> De uma chaminé de barro
> Por que não atende ao grito tão aflito
> Da buzina do meu carro?
>
> Você no inverno
> Sem meias vai pro trabalho
> Não faz fé com agasalho
> Nem no frio você crê

Mas você é mesmo
Artigo que não se imita
Quando a fábrica apita
Faz reclame de você

O apito da fábrica[c] insistentemente exige a submissão do tempo de reprodução da vida da operária e dos não-operários (como Noel) à disciplina do tempo de trabalho e do tempo de circulação, ambos implicados nos ciclos de reprodução ampliada do capital. Esse clamor despótico do capital para dispor do tempo da operária, um tempo que ela não pode dedicar a Noel, como se queixa o poeta, nos permite associar o reclame da operária disseminado pelo apito da fábrica ao assobio emitido por caçadores para atrair sua presa[d].

Ao tratar do tempo de trabalho, é importante atentar para diferentes mas correlatas dimensões da jornada de trabalho: 1) como grandeza extensiva do trabalho, expressa, por sua duração, a quantidade de horas de trabalho diária, semanal, mensal ou, mesmo, anual; 2) por sua distribuição, designa em que momento, quando e em que horário o trabalho é realizado, por exemplo, o trabalho em turnos ou as modalidades de compensação de horas, como o banco de horas; 3) como grandeza intensiva do trabalho, sua densidade, o preenchimento mais ou menos denso dos "poros" da jornada de trabalho. Como assinalam Pina e Stotz[16]:

> A metáfora da porosidade dá a ideia simultaneamente física/abstrata, e biopsíquica/concreta, de que a jornada de trabalho tem densidade, compreende continuidades/descontinuidades e também aberturas/fechamentos: por meio dos 'poros', o trabalhador 'respira na ação', no tempo em que trabalha, torna-o mais ou menos denso.

Noel, elegantemente, chama sua amada de *artigo*, ou seja, observa sua conversão em força de trabalho. Na relação social de produção capitalista, os trabalhadores assalariados estão subsumidos ao capital como mercadoria (*artigo*). Mas, uma mercadoria especial, pela condição "histórico e moral"[17] do trabalhador no processo de trabalho em dada formação econômico-social capitalista. No Brasil, os salários pagos a parcelas consideráveis da classe trabalhadora, muitas vezes, estão abaixo do valor necessário para sua reprodução, como vimos em "Pedreiro Waldemar", *se tem almoço, nem sempre tem jantar*. Tanto mais entre as mulheres, como em "Três apitos", a operária *sem meias vai pro trabalho*.

Além de olhar para a capacidade de consumo dos salários, deve-se, especialmente, observar as modalidades de remuneração associadas a determinadas práticas gerenciais, visto sua implicação para o consumo produtivo da força de trabalho no processo de trabalho. Por exemplo, o pagamento por produção constrange os trabalhadores a longas e extenuantes jornadas, e está na determinação social das mortes por excesso de trabalho entre os cortadores de cana-de-açúcar do Complexo Agroindustrial Canavieiro no estado de São Paulo[18].

Por sinal, Noel, ainda em "Três apitos", como podemos perceber nos versos a seguir, assinala a existência de um "gerente", isto é, lembra-nos da estruturação hierárquica do processo de trabalho:

Nos meus olhos você vê
Que eu sofro cruelmente
Com ciúmes do gerente impertinente
Que dá ordens a você

[c] De acordo com João Máximo e Carlos Didier,[14] a fábrica Confiança, situada aproximadamente a quatrocentos metros da casa de Noel, apitava nove vezes ao dia, e não três. Para os autores, o título faz alusão aos apitos que soavam pela manhã: o primeiro, às quinze para as seis da manhã, para despertar os operários da vizinhança; o segundo, às sete, para indicar a hora da entrada; e, o terceiro, às quinze para as oito, para os operários atrasados.

[d] Conforme o Dicionário Novo Aurélio, o sentido para reclame (do francês *réclame*), de maior uso no Brasil, é relativo à publicidade. Mas, outro significado apontado é o de: "instrumento que o caçador usa para imitar o canto das aves que deseja atrair, pio"[15].

Trata-se do desenvolvimento da divisão do trabalho: a relação de produção capitalista, além de consagrar a separação dos trabalhadores dos meios de produção e dos meios de subsistência necessários à sua reprodução, efetiva a separação entre propriedade legal e posse dos meios de produção. A posse desses meios de produção pode e é delegada pelos capitalistas aos administradores das empresas que, em condições históricas determinadas, estabelecem o sistema de organização da produção e do trabalho. Aqui fazemos uma distinção entre administração ou gestão e organização da produção e do trabalho.

Antes de tudo, Taylor[19] instituiu as bases do desenvolvimento da administração ou gestão das empresas, isto é, a administração como uma "lógica, um conjunto de princípios de ação apresentados como racionalmente fundados, reputados por otimizar a utilização dos recursos para economizar e/ou acumular capital"[20]. Ou, nas palavras de Taylor[19], "certos princípios gerais [...] aplicável de muitos modos", por ele assim sintetizados: o desenvolvimento de uma ciência do trabalho; a cooperação cordial entre a gerência e os trabalhadores; e a seleção científica do trabalhador, sua instrução e treinamento. Neste último ponto, registra-se a incorporação dos serviços médicos das empresas no processo de seleção e controle da força de trabalho, voltados para: reduzir e controlar o absenteísmo; obter o retorno mais rápido do trabalhador à atividade produtiva; assegurar a produtividade; manter os trabalhadores na empresa, em razão da competição entre empresas; e obter a maior identificação do trabalhador com a empresa. Inclusive pela relação de complementaridade entre os serviços médicos das empresas e os planos privados de saúde por elas contratados para atender os trabalhadores e/ou seus familiares[21].

O desenvolvimento de um conjunto de "princípios" de administração pode estruturar diferentes sistemas de organização da produção e do trabalho (Taylorismo, Fordismo e Tayotismo), considerados pela eficácia e pelo predomínio da gestão na condução do processo de trabalho de modo a viabilizar a valorização do capital. Cada um desses sistemas emerge em condições históricas concretas e se projeta como "modelo" de organização da produção que, supostamente, representaria a identidade de interesses entre capitalistas e trabalhadores. Isto é, se converte em "ideologia organizacional"[22] para enquadrar a diversidade de experiências ambíguas e contraditórias presentes no processo de trabalho.

Atualmente, a administração por estresse[23] atualiza a "administração científica" ao enfrentar um problema central à prática gerencial, o de como expropriar o conhecimento prático do trabalhador e, ao mesmo tempo, empreender sua mobilização produtiva. Segundo esses autores, a "lógica" da administração por estresse consiste em manter a pressão permanente sobre os trabalhadores, para que os "problemas" tornem-se visíveis para a gerência superior. Além de tentar evitar ou reduzir as "folgas" que os trabalhadores conseguem criar para si na jornada, a manutenção do estresse como instrumento de gestão permite, à gerência, descobrir os "gargalos" e desenvolver mais rapidamente possíveis inovações no processo de trabalho, reduzir custos e perdas ao criar pressão adicional sobre os trabalhadores para sua correção.

Trata-se de um esforço na direção da "prescrição da subjetividade individual e coletiva dos assalariados"[24] na tentativa de suprimir deles o direito ao distanciamento em relação à racionalidade, à norma e à cultura da empresa. Nesse sentido, a evolução da administração nas empresas caminhou mais na direção de desenvolver dispositivos gerenciais para obter a disponibilidade e a mobilização subjetiva do trabalhador do que na prescrição (gestual) da tarefa. Cabe salientar a implicação das práticas de gestão para a saúde dos trabalhadores, manifesta (entre outras) em violência simbólica[20] ou sofrimento[25].

Outra dimensão da divisão do trabalho, também expressa em "Três apitos", a saber, a operária que *faz pano* e o poeta que faz *versos junto do piano*, permite-nos trazer à baila uma importante característica – a divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual.

> Mas você não sabe
> Que enquanto você faz pano
> Faço junto do piano
> Estes versos prá você

As forças intelectuais estão incorporadas no processo de produção como capital (nas tecnologias e nos meios de trabalho, na matéria-prima e matérias auxiliares ou nos métodos de organização do trabalho) e, deste modo, confrontam o trabalhador no exercício cotidiano de sua atividade laboral.

"Dias de Santos e Silvas" e o processo de desgaste do trabalhador

Se o tempo de trabalho deve ser considerado por sua extensão, distribuição e intensidade, ele também é, para o trabalhador, uma vivência cotidiana, inclusive, do tempo de não-trabalho fora da jornada, uma vez que a percepção do tempo de trabalho absorve todo o dia[26]. É o que sugere o samba "Dias de Santos e Silvas" (1977), de Gonzaguinha (1945-1991), ao descrever o itinerário de um dia inteiro dos trabalhadores. Essa canção permite trazer à discussão os conceitos de carga de trabalho e de desgaste, para se compreender o modo específico de trabalhar-desgastar-se nos limites da reprodução social de determinada coletividade de trabalhadores. Vejamos seus versos iniciais:

O dia subiu sobre a cidade
Que acorda e se põe em movimento
Um despertador bem barulhento
Badala, bem dentro, em meu ouvido

Levanto, engulo o meu café
Corro e tomo a condução
Que, como sempre, vem cheia,
Anda, para e me chateia

Está quente pra chuchu,
Meu calo dói,
A certeza já me rói,
Levo bronca do patrão

Os versos enunciam a presença de diferentes cargas de trabalho: desde cargas físicas, por exemplo, temperatura (*está quente*), até cargas psíquicas (*Levo bronca*). Laurell e Noriega[27] denominam carga de trabalho os elementos que "interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador" e sintetizam a mediação entre o processo de trabalho e o desgaste do trabalhador. As cargas de trabalho (física, química, biológica, fisiológica, ergonômica, psíquica) são pensadas na interação que estabelecem entre si, e não consideradas isoladamente. Por exemplo: *Está quente* também pode desencadear irritabilidade e, portanto, integra os elementos da carga psíquica, e não, exclusivamente, a carga física.

Cabe dizer, uma interação dinâmica das cargas originárias da situação concreta do processo de trabalho em distintos ambientes: a fábrica, o escritório, a escola, o hospital, ou a rua – a rua como lócus do processo de trabalho, como sugerem outros versos da composição de Gonzaguinha: "A tarde transcorre calma e quente/ Nas ruas, ao sol, fervilha gente/ Batalham, como eu, o leite e o pão". Também pelas cargas provenientes do longo e fatigante tempo de deslocamentos residência – trabalho – residência, marcadamente um elemento de tensão social implicado, inclusive, nos processos de seleção (admissão e demissão) de trabalhadores pelas empresas. É o que sugere o samba "O trem atrasou" (1941), de Artur Vilarinho, Estanislau Silva e Francisco da Silva Fárrea Júnior, o Paquito (1915-1975):

Patrão, o trem atrasou
Por isso estou chegando agora
Trago aqui um memorando da Central
O trem atrasou, meia hora
O senhor não tem razão
Pra me mandar embora!

O processo de valorização dos espaços urbanos e de concentração imobiliária pressiona, desigualmente, a população trabalhadora para as periferias das cidades, regiões marcadamente com precárias condições sanitárias: de saneamento, moradia e transporte, entre outras, como expresso em

"Pedreiro Waldemar", "Dias de Santos e Silvas" e "O trem atrasou", na determinação social do desgaste do trabalhador.

Na sequência, trazemos outros versos de "Dias de Santos e Silvas", como salientamos, justamente, para pensar o processo de desgaste do trabalhador:

> A noite desceu sobre a cidade
> Nas filas, calor suor cansaço
> Meu corpo está que é só bagaço
> E se está de pé é de teimoso

Desgaste é "entendido como a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica"[27]. Como processo dinâmico, desgaste compreende uma diversidade de manifestações corpóreas e psíquicas (por exemplo, *cansaço*), pode ou não expressar-se em uma doença, e não se refere, necessariamente, a processos irreversíveis.

Além disso, a noção de desgaste designa processos coletivos. Quer dizer, assinala as características básicas de uma determinada coletividade de trabalhadores em que se assentam as variações individuais. O verso *Nas filas, calor suor cansaço* sugere a manifestação do desgaste vivenciada pelo coletivo de trabalhadores, enquanto *Meu corpo está que é só bagaço* indica a forma como esse desgaste se expressa em determinado indivíduo.

No entanto, como salienta Pina[28], a abordagem desgaste-reprodução[27] encontra limites teórico-metodológicos. A noção de carga de trabalho está marcada pelas ideias de Gardell, uma das referências teóricas do modelo demanda-controle (D-C) de investigação do estresse no trabalho. Por exemplo, Laurell e Noriega[27] admitem que "se pode suportar altos ritmos de trabalho sem maiores problemas enquanto a tarefa permite a tomada de decisões". Isso corresponderia ao denominado "trabalho ativo" do modelo D-C, perfil do trabalhador preconizado pela administração por estresse, a saber, o desenvolvimento de competências para trabalhar sob pressão[16].

Com efeito, as transformações negativas no corpo do trabalhador, traduzidas em processo de desgaste, não são desencadeadas pela expressão direta e mecânica das cargas ou das exigências. No processo de trabalho, antes de tudo, as exigências confrontam a capacidade individual e coletiva do trabalhador para agir em direção diferente a racionalidade, cultura e dos valores preconizados pela administração das empresas. Essa questão, é bom esclarecer, extrapola os contornos da clássica distinção pela ergonomia da atividade entre trabalho prescrito e trabalho real. Ela se aproxima mais da história coletiva dos trabalhadores implicada na ação dos indivíduos no trabalho, como observa Clot[29], na esteira de Oddone, numa passagem que merece ser transcrita:

> a atividade individual encontra seus recursos em uma história coletiva que detém, capitaliza, valida ou invalida as estratégias [que] dizem respeito às relações com as tarefas, às relações com os colegas de trabalho, com a hierarquia ou, ainda, com a organização do mundo do trabalho.[29]

Para esse autor, a perda, a ausência ou o enfraquecimento da dimensão coletiva na ação individual pode ser o fundamento da maioria das experiências de penosidade no trabalho atualmente suportadas pelos trabalhadores.

"Construção": acidente ou suicídio, a dialética entre vida e morte no cotidiano dos trabalhadores

Como vimos, o processo de trabalho constitui a unidade de análise central na determinação social e histórica dos agravos à saúde dos trabalhadores, manifesto em: desgaste, sofrimento, danos, acidentes de trabalho, doenças. Observamos, a seguir, apenas a título de ilustração, o caso dos acidentes de trabalho: não são eventos fortuitos, mas socialmente determinados. Todavia, tem sido prática hegemônica imputar a culpa (dos acidentes e das doenças) aos próprios trabalhadores, atribuindo-lhes a

ignorância, a negligência, ou ao "ato inseguro"[30]. "Construção" (1971), música de Chico Buarque, suscita essa reflexão, inclusive pela ambiguidade de sentidos: foi suicídio ou acidente a morte do operário da construção civil?

Amou daquela vez como se fosse a última
Beijou sua mulher como se fosse a última
E cada filho seu como se fosse o único
E atravessou a rua com seu passo tímido
Subiu a construção como se fosse máquina
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas
Tijolo com tijolo num desenho mágico
Seus olhos embotados de cimento e lágrima
Sentou prá descansar como se fosse sábado
Comeu feijão com arroz como se fosse um príncipe
Bebeu e soluçou como se fosse um náufrago
Dançou e gargalhou como se ouvisse música
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado
E flutuou no ar como se fosse um pássaro
E se acabou no chão feito um pacote flácido
Agonizou no meio do passeio público
Morreu na contramão atrapalhando o tráfego...
[...]
Morreu na contramão atrapalhando o público...
[...]
Morreu na contramão atrapalhando o sábado...

Gravada no momento de apogeu do chamado "milagre brasileiro", essa canção de Chico Buarque, ainda hoje, lança luz sobre a situação desumanizada dos operários da construção, por exemplo, nas grandes obras (hidrelétricas, petroquímica, estradas, portos, conjuntos habitacionais), em seus movimentos monótonos, mecânicos e de afetividade reprimida.

Mas, a ambiguidade referida em "Construção" pode ser relativizada, uma vez que a interpretação de suicídio do operário não pode ocultar o fato de sua ocorrência no local de trabalho.

De acordo com Marcos Napolitano[31], em "Construção", paradoxalmente, a morte interrompe um cotidiano de não-tempo vivenciado pelo operário, um tempo homogêneo, sem qualidade e sem utopia. De outro modo, trata-se da natureza contraditória, vista da perspectiva dos trabalhadores, a luta entre tempo e não-tempo no processo de trabalho. De um lado, o não-tempo (*Subiu a construção/ Como se fosse máquina*), um eterno vazio; de outro, o tempo (*sentou prá descansar.../ Comeu feijão com arroz.../ Bebeu e soluçou.../ Dançou e gargalhou...*), pequenos mas sublimes momentos em que existe acontecimento.

Essa luta entre tempo e não-tempo expressa a dialética entre vida e morte no cotidiano dos trabalhadores. Vista da perspectiva do processo saúde-doença dos trabalhadores, a gravidade do acidente de trabalho fatal (ou do suicídio) manifesta uma fratura exposta pelo processo de exploração, todavia, apenas a ponta do iceberg. Mesmo os elevados números de acidentes de trabalho registrados não refletem a realidade, que é ainda mais grave. Estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado por Binder e Cordeiro[32], na cidade de Botucatu, estado de São Paulo, mostrou que apenas 22,4% dos acidentes de trabalho ocorridos na população, em 1997, foram registrados pela Previdência Social.

Isso não se explica apenas pela subnotificação e pela não-inclusão, nessa base de dados, dos trabalhadores do setor informal e dos servidores públicos. A lógica de seguradora da Previdência Social e da medicina dominante, especialmente na Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), exclui o reconhecimento de diversas doenças relacionadas ao trabalho. Entre os médicos peritos, difundem-se interpretações de que os trabalhadores são mal-intencionados e simulam incapacidades

para receber os benefícios previdenciários. Como assinalou Maria Maeno[33], os promotores do 3º Congresso Brasileiro de Perícia Previdenciária, realizado em abril de 2011, sem acanhamento, ressaltaram o tema "Desafios do exame médico pericial: (simulação, metassimulação, dissimulação, técnicas semióticas: como identificar a simulação? O que fazer em casos de simulação?)".

As informações previdenciárias captam somente o desgaste em termos de danos à saúde já consumados, mesmo assim apenas parcialmente. Uma diversidade de queixas de mal-estar e expressões de dor referidas pelos trabalhadores – como, por exemplo, dor de cabeça ou no corpo, insônia, sintomas gástricos, nervosismo ou crises de choro, falta de concentração – são, dificilmente, enquadradas pelos critérios diagnósticos e terapêuticos da medicina dominante. A sensibilidade para perceber essas múltiplas manifestações de sofrimento está sugerida em "Obrigado Doutor" (1949), composição de Antonio Nássara (1910-1996) e Roberto Martins (1909-1992):

Obrigado Doutor,
Minha vida eu devo ao senhor,
Ao senhor por me haver receitado,
Muito vinho, dinheiro e amor,
Minha vida hoje em dia tem mais sabor,
Obrigado, obrigado doutor.

Ai, doutor,
Penicilina não resolve o mal de amor,
Nem vitamina dava jeito à minha dor,
A medicina não me ajudou,
Ai, doutor,
Sua receita foi minha salvação,
Eu precisava alegrar meu coração,
E felizmente o senhor acertou,
Obrigado Doutor...

"Obrigado doutor" chama atenção sobre a importância, decisiva, de que os profissionais de saúde reconheçam, nas expressões de dor, um processo que envolve questões eminentemente sociais e a pessoa do trabalhador em sua integralidade. Muitas manifestações de sofrimento relacionado ao trabalho, em boa medida difusas, se exprimem em problemas de saúde e requisitam a intervenção da Saúde Pública. Tanto mais pelo enfraquecimento dos coletivos dos trabalhadores para pautar essas questões no âmbito social e político, isto é, da relação de força no enfrentamento da exploração e da dominação.

A noção de sofrimento difuso, segundo Fonseca[34], designa uma diversidade de manifestações de mal-estar e de queixas inespecíficas, sinais e sintomas bastante variados quanto à forma, magnitude, tempo e espaço em que se manifestam e são percebidos pelos trabalhadores, contudo, dificilmente encaixadas pelas entidades nosológicas da clínica médica ou da psiquiatria clássica. Por conseguinte, a compreensão dessa noção pode auxiliar os profissionais da Saúde Pública nas ações de investigações e de atenção (assistência e vigilância) integral à saúde dos trabalhadores.

Samba e dimensão coletiva no enfrentamento das penosidades do trabalho

Além da precária condição de trabalho e saúde vivenciada pelos trabalhadores, nas canções da música popular brasileira também é possível ver retratada a perspectiva de sua superação ou a possibilidade de sua *redenção*, como expresso em outros versos de "Dias de Santos e Silva":

Aumenta tudo, aumenta o trem
Aumenta o aluguel e a carne também
[...]

Ah, meu Deus,
Se o avestruz der na cabeça
Vou ganhar dinheiro à beça,
Faço minha redenção

E vou lá dentro,
No escritório do patrão
Peço aumento, ele não dá,
Mostro a grana e a demissão

Redenção significa aí livrar-se, ainda que de forma individual, da condição de pobreza dos trabalhadores, da carestia e do *patrão*.

"Sorriso negro", samba de Adilson Barbado, Jair de Carvalho e Jorge da Portela, eternizado na voz de Dona Ivone Lara, também resgata a redenção, agora, vista em sua dimensão coletiva, ao celebrar a felicidade e a negritude do trabalhador no enfrentamento do desassossego, por isso, *é a raiz da liberdade.*

Um sorriso negro, um abraço negro
Traz felicidade
Negro sem emprego, fica sem sossego
Negro é a raiz da liberdade

Na canção, *liberdade* emerge da solidariedade, manifesta em *sorriso*, *abraço* e *felicidade.* Quer dizer, exprimem a capacidade de os trabalhadores compartilharem valores emanados da reflexão coletiva que fazem de suas experiências, com a tomada de posição política e sanitária no enfrentamento das penosidades do trabalho.

Em "A voz do povo", João do Vale (1933-1996) nos diz:

Meu samba é a voz do povo
Se alguém gostou
Eu posso cantar de novo

Eu fui pedir aumento ao patrão
Fui piorar minha situação
O meu nome foi pra lista
Na mesma hora
Dos que iam ser mandados embora

Os versos de "A voz do povo" sugerem entender a organização coletiva dos trabalhadores, inclusive na luta pela direito à saúde, como um caminho acidentado, repleto de embates e forças, movido pelas contradições sociais do próprio processo de desenvolvimento e transformação do capitalismo.

Trata-se de um processo situado na história, portanto, não linear, com avanços e recuos, inclusive no que concerne à fragilidade do sistema de proteção social no Brasil para o reconhecimento efetivo, e não apenas formal, dos direitos dos trabalhadores. Ainda persistem práticas decorrentes da representação social que associa trabalhador desempregado a "vadiagem": em 2009, para consultar o andamento da solicitação do seguro-desemprego na página da internet do Ministério do Trabalho e Emprego, o trabalhador deveria digitar a palavra que se formava na tela a sua frente. Uma dessas palavras era – nada menos que – "vagabundo"[35].

Talvez, por isso, João do Vale, genial compositor, poeta popular, negro, natural de Pedreira, no Maranhão, sabia da necessidade de perseverar, e insistia em *cantar de novo.* Neste sentido, continuamos com os versos de "A voz do povo":

Eu sou a flô que o vento jogou no chão
Mas ficou um galho
Pra outra flô brotar
A minha flô o vento pode levar
Mas o meu perfume fica boiando no ar

As experiências, quando refletidas coletivamente, propiciam o enraizamento de conhecimentos pelos trabalhadores e pelos profissionais de saúde. Especialmente quando a conquista dos ensinamentos da prática profissional se entrelaça à conquista da *dimensão da poesia*, no sentido conferido por Vinicius de Moraes no poema "Operário em construção".

Considerações finais

Com o desenvolvimento deste artigo, podemos perceber que trabalho e saúde têm significativa presença na música popular brasileira, afirmando-se tanto na dimensão da alegria quanto da tristeza, da festa e/ou da crítica, além de proporcionar o estudo do processo de trabalho na determinação social e histórica do processo saúde-doença dos trabalhadores.

Esta pesquisa resultou na valorização e incorporação da música popular brasileira, especialmente do samba, na construção de conhecimentos científicos, pois, como disse João do Vale, em parceria com Luiz Vieira, em "Na asa do vento": *A ciência da abeia, da aranha e a minha/ Muita gente desconhece*. Particularmente, por apresentar um corpo de conhecimentos sobre o tema processo de trabalho e saúde. Com efeito, a possibilidade de esses conteúdos contribuírem com a atividade de ensino na Saúde Pública pode ser inferida, mas não foi nosso propósito discutir como aplicá-los na prática docente.

Certamente, esperamos instigar a exploração das possibilidades da música popular como uma forma de entender, entre outras, a temática das relações trabalho e saúde. Portanto, suscitar o interesse pela investigação, por professores e alunos dos cursos em Saúde Pública, do verdadeiro manancial da música popular brasileira, em sua pluralidade de expressões, para desenvolver conhecimento em saúde.

Referências

1. Mattos RCOC, Stotz EN, Pina JA, Pugliesi MV, Almeida MG, Mattos JGOC. O trabalho e a saúde na música popular brasileira [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

2. Abud KM. Registro e representação do cotidiano: a música popular na aula de História. Cad Cedes. 2005; 25(67):309-17.

3. Rodrigues E. Nas regras da arte: o Direito e as letras de samba [Internet]. 2003 [acesso 2013 Abr 20]. Disponível em: http://www.samba-choro.com.br/debates/1050388933

4. Moraes JGV. História e música: canção popular e conhecimento histórico. Rev Bras Hist. 2000; 20(39):203-21.

5. Gombrich EH. A História da Arte. 15a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.

6. Tapajos R. A introdução das artes nos currículos médicos. Interface (Botucatu). 2002; 6(10):27-36.

7. Ravelli APX. A inserção da música do ensino superior de enfermagem: um relato de experiência. Cienc Cuid Saude. 2005; 4(2):177-81.

8. Moreira IC, Massarani L. (En)canto científico: temas de ciência em letras da música popular brasileira. Hist Cienc Saude - Manguinhos. 2006; 13 Supl:291-307.

9. Matos MIS. 'Saudosa Maloca' vai à escola. Nossa Hist. 2006; 3(32):80-2.

10. Sandroni C. Adeus à MPB. In: Starling H, Cavalcanti B, Eisenberg J, organizadores. Decantando a República. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2004. v. 1. p.23-36.

11. Tinhorão JR. Pequena história da música popular: da modinha à canção de protesto. Petrópolis: Vozes; 1974.

12. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, organizador. Determinação social da saúde e reforma sanitária [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2010 [acesso 2013 Maio 20]. p. 87-125. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf

13. Laurell AC. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: Nunes ED, organizador. As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS; 1985. p. 255-72.

14. Máximo J, Didier C. Noel Rosa: uma biografia. Brasília: UnB; 1990.

15. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

16. Pina JA, Stotz EN. Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário. Rev Bras Saude Ocup. 2011; 36(123):162-76.

17. Marx K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural; 1983. v. 1, t. 1.

18. Alves F. Por que morrem os cortadores de cana? Saude Soc. 2006; 15(3):90-8.

19. Taylor FW. Princípios de administração científica. 6a ed. São Paulo: Atlas; 1966.

20. Metzger JL, Maugeri S, Benedetto-Meyer M. Predomínio da gestão e violência simbólica. Rev Bras Saude Ocup. 2012; 37(126):225-42.

21. Oliveira J, Teixeira SF. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. In: Guimarães R, organizador. Saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978. p. 181-205.

22. Zilbovicius M. Modelos de produção e produção de modelos. In: Arbix G, Zilbovicius M, organizadores. De JK a FHC: a reinvenção dos carros. São Paulo: Scritta; 1997. p. 285-326.

23. Parker M, Slaughter J. Unions and management by stress. In: Babson S, organizador. Lean work: empowerment and exploitation in the global auto industry. Detroit: Wayne State University Press; 1995. p. 41-53.

24. Linhart D. A desmedida do capital. Rio de Janeiro: Boitempo; 2007.

25. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5a ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.

26. Cardoso ACM. Os trabalhadores e suas vivências cotidianas: dos tempos de trabalho e de não-trabalho. Rev Bras Cienc Soc. 2010; 25(72):101-77.

27. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

28. Pina JA. Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores na indústria automobilística: estudo de caso na Mercedes Benz do Brasil, São Bernardo do Campo [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

29. Clot Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte: FabreFactum; 2010.

30. Almeida IM. Trajetória da análise de acidentes: o paradigma tradicional e os primórdios da ampliação da análise. Interface (Botucatu). 2006; 10(19):185-202.

31. Napolitano M. 'Hoje preciso refletir um pouco': ser social e tempo histórico na obra de Chico Buarque de Hollanda, 1971/1978. História. 2003; 22(1):115-34.

32. Binder MCP, Cordeiro R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. Rev Saude Publica. 2003; 37(4):409-16.

33. Maeno M. LER e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho: faces de uma mesma moeda. In: Sznelwar LI, organizador. Saúde dos bancários. São Paulo: Publisher Brasil, Editora Gráfica Atitude; 2011. p. 207-30.

34. Fonseca MLG. Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

35. Câmara J. No site do ministério, desempregado vira 'vagabundo'. O Globo. 2009 Jul 16. p. 28.

Pina JA. La música popular brasileña en la construcción del conocimiento en Salud Pública: el tema proceso de trabajo y salud. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):87-100.

Este estudio subraya cuestiones relativas al trabajo y a la salud en la música popular brasileña, especialmente en la samba. Su objetivo es presentar un cuerpo de conocimientos sobre el tema proceso de trabajo y salud. En las canciones seleccionadas se identificaron categorías tomadas como punto de partida para discusión con la literatura. Con el desarrollo del texto, se percibe el manantial de la canción popular para proporcionar contenidos sobre múltiples dimensiones del proceso de trabajo y del proceso salud-enfermedad de los trabajadores, incluso la dimensión colectiva e histórica de la lucha por el derecho a la salud. El resultado de esta encuesta fue la valorización de la música popular brasileña como una manera de entender las relaciones trabajo-salud y de desarrollar conocimiento en Salud Colectiva.

Palabras-clave: Salud Publica. Proceso de trabajo y salud. Música popular brasileña. Samba.

Recebido em 07/06/13. Aprovado em 03/11/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0510

Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa

Neuma Chaveiro[a]
Soraya Bianca Reis Duarte[b]
Adriana Ribeiro de Freitas[c]
Maria Alves Barbosa[d]
Celmo Celeno Porto[e]
Marcelo Pio de Almeida Fleck[f]

Chaveiro N, Duarte SBR, Freitas AR, Barbosa MA, Porto CC, Fleck MPA. Quality of life of deaf people who communicate in sign language: integrative review. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):101-14.

The purpose of this study was to review the scientific production on the health-related quality of life (HRQOL) of deaf people. This was an integrative review carried out in the Virtual Health Library, PubMed and CAPES (Coordination Office for Improvement of Higher Education Personnel) periodicals portal. The results indicated that anxiety and depression symptoms are greater among deaf people and may be related to difficulties in communication. People who experience communication problems avoid new social relationships and this may increase social isolation and diminish HRQOL. For deaf people who communicate in sign language, HRQOL can only be effectively evaluated by instruments that have been translated and adapted to their language. In conclusion, deafness has a negative impact on these individuals' HRQOL.

Keywords: Deafness. Sign language. Quality of life. Review.

O estudo objetivou revisar a produção científica sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de surdos. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Os resultados indicam que sintomas de ansiedade e depressão são mais acentuados nos surdos e podem estar relacionados a dificuldades de comunicação. As pessoas que vivenciam problemas de comunicação evitam novas relações sociais, e isso pode aumentar o isolamento social e reduzir a QVRS. Para os surdos que se comunicam pela Língua de Sinais, a QVRS só pode ser efetivamente avaliada por instrumentos traduzidos e adaptados em sua língua. Conclui-se que a surdez tem um impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas surdas.

Palavras-chave: Surdez. Linguagem de sinais. Qualidade de vida. Revisão.

[a] Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Letras, Curso de Graduação em Letras/Libras. Câmpus II, Caixa Postal 131. Goiânia, GO, Brasil. 74001-970. neuma@ufg.br
[b] Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia/Goiás (IFG). Goiânia, GO, Brasil. sorayabianca@gmail.com
[c] Departamento de Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. driribeiro70@gmail.com
[d] Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, UFG. Goiânia, GO, Brasil. maria.malves@gmail.com
[e] Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, UFG. Goiânia, GO, Brasil. celeno@cardiol.br
[f] Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. mfleck.voy@terra.com.br

Introdução

Nas últimas décadas, o conceito de surdez passou por transformações históricas e culturais. O surdo deixa de ser considerado "deficiente" e passa a ser "diferente"; a surdez não é concebida como uma deficiência a ser curada, eliminada ou normalizada, e sim como uma diferença a ser respeitada. Nesse contexto, a pessoa surda pertence a uma comunidade minoritária, que partilha uma língua de sinais, valores culturais, hábitos e modos de socialização próprios[1].

Um fato a ser ressaltado é o de que a surdez distingue-se de outras deficiências, não pela deficiência física propriamente dita, mas pela dificuldade de estabelecer comunicação entre pessoas: os problemas de comunicação, no cotidiano dos surdos, são uma condição permanente, que acarreta graves consequências no seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo[2].

As línguas de sinais são consideradas como língua, oficialmente, em vários países. A linguística lhes atribui o conceito de língua natural, com estruturas gramaticais próprias. Legalmente, vários países a reconhecem como meio de comunicação e expressão dos surdos[3]. No Brasil, a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) foi reconhecida pela Lei Federal nº 10.436/02[4].

Contrariamente a uma ideia preconcebida, não existe uma língua de sinais utilizada e compreendida universalmente. As línguas sinalizadas diferem-se umas das outras. Dessa forma, quando um surdo aprende uma segunda língua de sinais, ele utiliza sinais com sotaque estrangeiro. Há vários contrastes entre as línguas orais e as línguas de sinais; o que é reconhecido por palavra nas línguas orais, denomina-se sinal nas línguas de sinais. A modalidade de produção é outro contraste; as línguas de sinais são espaço-visuais, pois o sistema de signos compartilhado é recebido pelos olhos e sua produção realizada pelas mãos no espaço, ao passo que as línguas orais são oral-auditivas[1,5].

A história social da surdez retrata quanto o surdo e, mais recentemente sua comunidade, têm sido submetidos ao controle dos profissionais da saúde e da sociedade ouvinte, exatamente por desafiarem os limites normativos do normal e do patológico. Para a comunidade surda, o problema de comunicação dos surdos não é de origem orgânica, e sim social e cultural. Seu argumento é o de que os surdos são considerados deficientes pelo simples fato de não usarem a mesma língua da comunidade majoritária, no caso a língua oral-auditiva[1,3,6].

Na área da saúde, a surdez precisa ser vista como uma diferença a ser politicamente reconhecida e como uma experiência visual. A comunidade surda, nessa concepção, deixa de ser considerada apenas pelo déficit auditivo e passa a ser respeitada pela sua identidade, com valores culturais. Nessa perspectiva, a posição das pessoas surdas passa a ser definida em termos culturais e linguísticos[5].

A surdez pode reduzir a qualidade de vida e se qualificar como um distúrbio crônico. A probabilidade de os surdos sofrerem alterações psicológicas é de três a cinco vezes maior que a das pessoas ouvintes. Uma possível explicação é a de que uma perda auditiva antes dos três anos de idade pode prejudicar a aquisição da língua oral, que é o meio de comunicação no ambiente familiar[7].

Vale ressaltar que a maioria dos surdos (91,7%) tem pais ouvintes e sem experiência para lidar com pessoas surdas. Assim, eles vivenciam o isolamento, por fazerem parte de famílias ouvintes, que não dominam a língua de sinais. Crescer com dificuldades de comunicação pode comprometer o desempenho das habilidades sociais e emocionais, e ainda acarretar uma qualidade de vida inferior[8].

Transtornos psicológicos em decorrência da perda auditiva podem gerar impacto negativo nas dimensões psicossociais dos surdos. No entanto, a surdez tem sido investigada, na área da saúde, sobretudo numa perspectiva clínico-terapêutica ou oralista, ficando a desejar pesquisas sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) das pessoas surdas que utilizam a língua de sinais. Assim, sem um desfecho válido e confiável em língua de sinais, para investigar a QVRS dos surdos, a eficácia das intervenções de saúde para essa população pode estar comprometida.

Considerando que existem medidas de QVRS, inclusive com instrumentos padronizados e recomendados para mensurá-las em diversas culturas, traduzidos e validados em diferentes idiomas, por que esse procedimento não é aplicado à população surda que usa a língua de sinais? Como avaliar a qualidade de vida dos surdos com instrumentos em uma língua que eles não dominam? Para uma avaliação fidedigna da QVRS das pessoas surdas, é de suma importância que se considerem os aspectos linguísticos e culturais das pessoas surdas.

Objetivos

Revisar a produção científica sobre QVRS de surdos que se comunicam pela língua de sinais e verificar se os instrumentos de avaliação de qualidade de vida, utilizados nos estudos, foram traduzidos para língua de sinais.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura[g], método de análise de pesquisas em que conclusões de estudos anteriores são sintetizadas, a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico, com a finalidade de contribuir para o conhecimento do tema investigado[9].

O processo de elaboração deste artigo seguiu as etapas propostas pela Revisão Integrativa da Literatura, quais sejam: identificação do tema; elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ busca na literatura; definição das características dos estudos; resultados; e apresentação da revisão integrativa[9].

A referida revisão teve as seguintes questões norteadoras: como têm sido realizadas as pesquisas sobre a QVRS de pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais? Os aspectos linguísticos e culturais têm sido considerados nesses estudos? Existem instrumentos de avaliação de qualidade de vida traduzidos para língua de sinais?

Busca na literatura

A revisão da literatura iniciou-se em maio de 2011, com término em abril de 2013; foi realizado o levantamento da produção científica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na busca integrada com as palavras-chave: *mental, health, deaf*; foram encontrados 151 artigos. Pelo nome do autor, foi encontrado um artigo. Na base de dados PubMed (National Library of Medicine), foram localizados 157 artigos com as palavras-chaves *quality, life e deaf*. Os artigos encontrados estavam na BVS, indexados nos bancos de dados da Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line), PubMed, Lilacs (Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde), MedCarib (Literatura do Caribe em Ciências) e Cochrane Library. Foi encontrado, também, um artigo indexado no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

O Quadro 1 apresenta a amostra obtida na BVS/Medline, PubMed e Capes, de acordo com o método de busca e com as palavras-chave.

Os artigos foram selecionados inicialmente com a leitura do título e do resumo, a fim de verificar a sua adequação com a questão norteadora da presente investigação; quando adequados, foram lidos e analisados na íntegra.

Os critérios de inclusão que compuseram a amostra foram: artigos que apresentaram relação entre qualidade de vida e pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais, artigos científicos indexados nas bases de dados da BVS, PubMed e publicados entre o período de 2000 a 2012, nos idiomas português, espanhol e inglês; já os critérios de exclusão foram: artigos com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à reabilitação oral e à eficácia do implante coclear ou a aparelhos auditivos na oralização, desconsiderando-se a língua de sinais como meio de comunicação e artigos em idiomas diferentes do português, espanhol e inglês.

[g] Texto elaborado com base em tese de doutorado de Neuma Chaveiro, que contou com dois financiamentos: 1 Projeto de Pesquisa: Qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas surdas que usam a Língua Brasileira de Sinais e a assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde, do DECIT/SCTIE/MS, por intermédio do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq), e o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), processo n. 200910267000540. 2 Bolsa de formação de Doutorado, agência financiadora: FAPEG, processo n. 200910267000539.

Quadro 1. Amostra obtida na BVS, PubMed e Capes

Base de dados consultada	Método de busca	Palavras-chave	Artigos
Lilacs, Medline, PubMed, IBECS, MedCarib,Cochrane Library	Integrado	Mental, health, deaf	Total de artigos encontrados: 151 Total de artigos rejeitados pelo título: 90 Total de artigos rejeitados pelo resumo: 52 Total de artigos rejeitados pela leitura integral: 3 Total de artigos incluídos na revisão da literatura: 6
Medline	Autor	-	Total de artigos encontrados e incluídos na revisão da literatura: 1
PubMed		Quality, life, deaf	Total de artigos encontrados: 157 Total de artigos rejeitados pelo título: 133 Total de artigos rejeitados pelo resumo: 13 Total de artigos rejeitados pela leitura integral: 5 Total de artigos incluídos na revisão da literatura: 6
Periódicos da Capes	Título do Periódico e do artigo	-	Total de artigos encontrados: 1
Total de artigos selecionados e que apareceram em mais de uma base de dados: 5 Total de artigos incluídos na revisão da literatura, em todas as bases de dados consultadas: 14			

Definição das características dos estudos

Dos artigos excluídos, um número expressivo tinha como objetivo pesquisar a qualidade de vida relacionada ao implante coclear ou ao uso de aparelhos auditivos. Dos 157 artigos encontrados na base de dados da PubMed, setenta tratavam da influência do implante coclear na qualidade de vida dos Deficientes Auditivos (DA), pois, frequentemente, as pessoas com implante coclear ou que usam aparelhos auditivos fazem a opção pela filosofia oralista em sua educação, portanto são DA oralizados e não usam a língua de sinais como meio de comunicação; assim, esses artigos não estavam em consonância com o objetivo deste estudo.

Em relação ao idioma, a maior parte foi publicada em inglês. Dos 151 artigos encontrados na BVS, nas bases de dados Lilacs, Medline, PubMed, IBECS, MedCarib, Cochrane Library, método de busca integrado, 138 eram em inglês, cinco em português, dois em alemão, dois em espanhol, dois em francês, um em sérvio e um em turco.

Nessa mesma busca, em relação ao ano de publicação, 38 artigos selecionados datavam de 1971 a 1997. Apesar de, no presente estudo, ter-se definido que as publicações científicas avaliadas estariam concentradas a partir do ano 2000, foi feita a leitura dos títulos e resumos dos artigos anteriores a 2000. Verificou-se que não correspondiam às questões norteadoras dessa revisão de literatura. Deve-se salientar que a maior produtividade encontra-se, sobretudo, nos últimos cinco anos.

Resultados

Para análise e interpretação dos 14 artigos científicos selecionados, foi feito um quadro sinóptico, que apreciou os seguintes aspectos: periódico, país de realização do estudo/ país de publicação/idioma de publicação, títulos, autoria, instrumento utilizado, objetivos, resultados e conclusão.

No Quadro 2 encontra-se a síntese de três artigos científicos que investigaram a qualidade de vida com instrumentos traduzidos para língua de sinais.

Quadro 2. Artigos com instrumentos traduzidos para língua de sinais

Periódico/país de realização/ país de publicação/ Idioma publicado/Ano	Título	Instrumento	Objetivo	Resultado	Conclusão
Journal of Deaf Studies and Deaf Education/ Noruega/ Estados Unidos/ Inglês/ 2007	Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals	Versão abreviada do Hopkins Symptom Checklist.	Analisar a saúde mental de surdos em comparação com a de ouvintes.	Os surdos são mais vulneráveis aos problemas de saúde mental. A comparação entre surdos e ouvintes mostrou que os sintomas de ansiedade e de depressão são maiores nos grupo de surdos.	É preciso concentrar mais atenção na saúde mental dos surdos. A sociedade deve estar ciente dos problemas de saúde mental a que os surdos estão sujeitos.
Acta Psychiatrica Scandinavica/ Áustria e Alemanha/ Dinamarca / Inglês/ 2007	Mental distress and quality of life in the hard of hearing	WHOQOL-Brief, General Health Questionnaire GHQ-12 e o Brief Symptom Inventory.	Comparar os níveis de estresse psicológico e a QV entre DA, surdos usuários da LS e a população ouvinte.	Os DA têm as piores relações sociais, se comparados com os surdos que usam a LS e com os ouvintes. A QV dos DA está relacionada ao desempenho do aparelho auditivo.	Psiquiatras precisam estar cientes de que pacientes DA podem ter um maior isolamento do que as pessoas surdas que usam a LS.
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology/ Áustria e Alemanha / Alemanha/ Inglês/ 2005	Mental distress and quality of life in a deaf population	WHOQOL-Brief, General Health Questionnaire - 12 e o Brief Symptom Inventory.	Avaliar transtornos mentais e a QV de surdos da Áustria.	Os surdos têm uma QV pior do que os ouvintes nos domínios físico e psicológico. No domínio das relações sociais, não houve diferença significativa. Os resultados com o GHQ-12 e do BSI mostram níveis mais elevados de problemas emocionais entre os surdos.	Apesar da QV inferior e de um maior nível de estresse mental, a semelhança com a população ouvinte, no domínio das relações sociais, mostra que nem todos os domínios estão afetados. Os resultados indicam a necessidade de serviços de saúde acessíveis aos surdos, com uso de sua língua.

WHOQOL (World Health Organization Quality of Life); QV (Qualidade de Vida); DA (Deficiente Auditivo); LS (Língua de Sinais); GHQ (General Health Questionnaire); BSI (Brief Symptom Inventory).

O Quadro 3 contém seis artigos que investigaram a qualidade de vida com instrumentos sem tradução ou com tradução face a face/tradução simultânea para língua de sinais.

No Quadro 4 estão cinco artigos que descrevem a metodologia de tradução dos instrumentos para língua de sinais.

Apresentação da revisão integrativa

Para efeitos da discussão dessa revisão integrativa, será seguida a ordem de apresentação dos resultados. Primeiro, estarão em discussão os artigos científicos que investigaram a qualidade de vida com instrumentos traduzidos para a língua de sinais (Quadro 2); depois, os artigos científicos que investigaram a qualidade de vida com instrumentos sem tradução ou com tradução face a face/ tradução simultânea para a língua de sinais (Quadro 3); por último, os artigos que descreveram a tradução de instrumentos para a língua de sinais (Quadro 4).

Quadro 3. Artigos sem tradução ou com tradução simultânea para língua de sinais

Periódico/País de realização/ País de publicação/ Idioma publicado/Ano	Título	Instrumento	Objetivo	Resultado	Conclusão
European Child & Adolescent Psychiatry/ Áustria/ Alemanha/ Inglês/ 2008	Mental health and quality of life in deaf pupils	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Inventory the Quality of Life in Children and adolescents.	Avaliar os aspectos de saúde mental e a QV em uma amostra de alunos surdos.	Crianças surdas pontuaram mais no SDQ do que as ouvintes. As diferenças foram mais acentuadas nos problemas de conduta, emocionais e de relacionamento, e menos para hiperatividade.	É necessário apoio para crianças surdas com relação à saúde mental e QV, independente do grau de perda auditiva. Serviços de saúde mental para crianças surdas e DA devem ser incluídos em ambiente educacional.
Psychosomatic Medicin / Holanda/ Estados Unidos/ Inglês/ 2002	Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness	General Health Questionnaire General; Symptom Checklist (SCL-8D).	Investigar os determinantes de saúde mental entre DA com perda auditiva severa, separados pela idade do início da perda auditiva.	Nos surdos, o sofrimento mental apresentou taxas mais elevadas do que na população em geral. Nas duas categorias, o risco de sofrimento mental foi maior entre aqueles com mais problemas de comunicação, baixos níveis de autoestima e uma menor aceitação da perda auditiva.	O nível de saúde mental difere entre os DA e a população ouvinte, mas não tanto como, às vezes, é sugerido. A doença mental é maior em certas categorias de DA.
Journal of Deaf Studies and Deaf Education/ Alemanha/ Estados Unidos/ Inglês/ 2008	Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people-a resource-oriented approach to identity work	Questionário elaborado pelos pesquisadores.	Verificar as inter-relações entre cultura, aspectos psicológicos, autoestima e a satisfação com a vida dos surdos e DA.	A disponibilidade de recursos psicológicos é importante para a qualidade da autoestima e a satisfação com a vida. Por outro lado, o bem-estar psicológico está associado a uma boa condição comunicativa, bem como ao nível de educação.	A missão dos educadores parece ser oportunizar boas condições de comunicação para crianças surdas ou com DA, e otimizar o desempenho acadêmico. Dessa forma, uma boa base pode ser colocada para o desenvolvimento da QV.

continua

Artigos que investigaram a qualidade de vida com instrumentos traduzidos para a língua de sinais

A investigação para essa revisão de literatura revelou que muitas pesquisas são desenvolvidas com o intuito de mensurar a QVRS em diferentes populações. A avaliação descrita, pelos pacientes, sobre a sua qualidade de vida pode determinar se os tratamentos estão atingindo os objetivos propostos. Esses desfechos podem ser denominados de indicadores de qualidade de vida[10]. No entanto, poucos estudos mostram a QVRS da população surda que utiliza língua de sinais. Somente nove artigos investigaram a qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais e apenas três destes

Quadro 3. continuação

Periódico/País de realização/ País de publicação/ Idioma publicado/Ano	Título	Instrumento	Objetivo	Resultado	Conclusão
Archives of Gerontology and Geriatrics/ Suécia/ Irlanda/ Inglês/ 2003	Aspects of quality of life in persons with pre-lingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia	Gothenburg Quality of Life (GQL), Geriatric Depression Scale (GDS), Livingston's Sleep Scale.	Investigar os aspectos da QV de pessoas surdas pré-linguais, usuárias da língua de sinais, expressos pelo bem-estar, por sintomas de saúde-doença, por depressão e por insônia.	Um terço dos surdos demonstraram sintomas depressivos e cerca de dois terços, insônia. Houve correlação significativa entre a insônia, os sintomas depressivos e um menor bem-estar. Os resultados reforçaram a hipótese de que os sintomas depressivos e os distúrbios do sono são mais frequentes entre os idosos surdos usuários da LS do que entre ouvintes.	Apesar de os resultados apresentados serem únicos e contribuirem para o aumento do nível de QV da população de idosos surdos, falta pesquisadores com habilidades em LS.
Journal of Deaf Studies and Deaf Education/ Alemanha/ Estados Unidos/ Inglês/ 2010	Health-Related Quality of Life and Classroom Participation of Deaf and Hard-of-Hearing Students in General Schools	Inventory of Life Quality of Children and Youth (ILC) e um questionario de participação em sala de aula.	Avaliar a QVRS de estudantes Surdos/DA, em sala inclusiva. Verificar se o ILC para crianças ouvintes pode ser usado para avaliar a QVRS de Surdos/DA. Examinar a correlação entre QV e participação em sala de aula.	As correlações mostraram que os domínios das atividades escolares e sociais foram mais importantes para a QVRS dos estudantes surdos e DA do que dos alunos ouvintes. A QVRS das duas amostras, surdos e DA, obteve escores mais elevados para experiências escolares, de saúde física e mental e QV global, embora a diferenças sejam pequenas.	A QVRS de alunos surdos/DA em escolas inclusivas não difere da QVRS dos estudantes ouvintes. Mas precisa-se considerar: há uma tendência para alunos surdos/DA serem menos satisfeitos com a QV.
Scandinavian Audiology/ Suécia/Suécia/ Inglês/2001	Severe-profound hearing impairment and health-related quality of life among post-lingual deafened Swedish adults	Nottingham Health Profile (NHP), Questionário sobre estado biopsicossocial.	Descrever a relação diagnóstico audiológico e avaliação da QVRS de acordo com o PHN; obter medidas de QVRS em relação à idade das pessoas com perda auditiva pós-lingual; comparar a QVRS com a população em geral.	As pessoas com perda auditiva profunda relataram menor QVRS. Diferenças significativas foram obtidas por falta de energia, reações emocionais e isolamento social. As mulheres apresentaram QVRS mais baixa que os homens. Deficiência auditiva severa-profunda está associada a um impacto sobre a QVRS, especialmente nos domínios emocionais e sociais.	DA profundos constituem um grupo de risco com pior ajustamento psicossocial e precisam de maior atenção e apoio.

QV (Qualidade de Vida); DA (Deficiente Auditivo); LS (Língua de Sinais); QVRS (Qualidade de Vida Relacionada à Saúde)

Quadro 4. Artigos que descrevem a tradução de instrumentos para língua de sinais

Periódico/País de realização/ País de publicação/ Idioma/Ano	Título	Instrumento	Objetivo	Resultado	Conclusão
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry/ Austrália / Austrália / Inglês / 2009	Validation of an Australian sign language instrument of outcome measurement for adults in mental health settings	Outcome Rating Scale (ORS). Versão Australiana da Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21)	Examinar a confiabilidade, a validade e a aceitabilidade de uma versão Língua de Sinais Australiana do ORS (ORS-Auslan).	A consistência interna foi aceitável. A validade de construto foi estabelecida. A aceitabilidade ficou evidente na taxa de conclusão de 93% em comparação com 63% para a DASS-21-Australiana.	O desfecho disponível na versão em Língua de Sinais Australiana pode ser usado em uma ampla variedade nas avaliações de saúde.
Public Health Nursing/ Estados Unidos/ Estados Unidos/ Inglês/ 2008	Translation of the multidimensional health locus of control scales for users of American sign language	Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) em ASL.	Descrever a tradução do Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) em ASL.	Identificaram problemas culturais e de linguagem; 09 dos 24 itens foram diretamente traduzíveis em ASL. Nos demais itens, foram necessárias discussões para alcançar equivalência com a ASL.	O MHLC/ ASL está pronto para validação no âmbito da comunidade surda.
Nursing Research/ Estados Unidos/ Estados Unidos/ Inglês/ 2006	Challenges in language, culture, and modality: translating English measures into American sign language	Self-Rated Abilities for Health Practices (SRAHP) e a versão em ASL.	Converter medidas em LS e avaliar a equivalência das versões ASL para medidas em versões do Inglês.	A média dos escores da versão ASL foram significativamente menores para amostra de surdos, embora a consistência interna permanecesse alta para a nova versão em ASL.	A abordagem é apropriada para alterar as formas escritas para outras modalidades, tais como a ASL.
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology/ Áustria/ Alemanha/ Inglês/ 2005	An innovative and reliable way of measuring health-related quality of life and mental distress in the deaf community	WHOQOL-Brief, General Health Questionnaire (GHQ-12) e o Brief Symptom Inventory (BSI).	Descrever o desenvolvimento de um programa de computador para avaliar a QV e o sofrimento psíquico dos surdos.	A confiabilidade das versões do WHOQOL-Brief e do GHQ-12 para surdos foi comparada com a versão para ouvinte. Para a BSI, a confiabilidade foi ainda maior do que para a população em geral.	A QV e o sofrimento mental podem ser efetivamente avaliados por instrumentos traduzidos e adaptados para LS.
Feld Methods/ Estados Unidos/ Estados Unidos/ Inglês/ 2010	A community-participatory approach to adapting survey items for deaf individuals and American Sign Language	Tradução para ASL da Abordagem Comunitária participativa.	Traduzir para ASL o community-participatory approach to adapting survey items.	Alcançou-se equivalência de significado entre as línguas envolvidas na tradução.	Nas investigações com a população surda, é imprescindível que os instrumentos de coleta de dados sejam em LS.

ASL (American Sign Language); LS (Língua de Sinais); QV (Qualidade de Vida); WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)

(descritos no Quadro 2) utilizaram instrumentos traduzidos para a língua de sinais, valorizando, assim, a população surda que se constitui como uma minoria linguística e cultural. Dentre os traços culturais da comunidade surda, o que mais se destaca é a língua de sinais; além de ser um sistema linguístico, é um elemento de constituição do sujeito surdo, agregando a identidade e a cultura do povo.

Vários instrumentos de aferição de QVRS, genéricos ou específicos, têm surgido a partir de estudos em diversas culturas. São desenvolvidos em múltiplas línguas, com níveis de equivalência muito mais altos do que jamais se havia feito para uso transcultural. Portanto, destaca-se a necessidade de instrumentos que avaliem a qualidade de vida das pessoas surdas e que eles sejam traduzidos e validados para as diferentes línguas de sinais.

A avaliação da QVRS dos surdos brasileiros que se comunicam pela LIBRAS ainda não foi investigada. As pesquisas encontradas nessa revisão de literatura e que consideram os aspectos linguísticos e culturais da comunidade surda, fazendo a tradução e, alguns, até a validação de instrumentos para a língua de sinais, foram realizadas na Alemanha, na Áustria, na Noruega, na Austrália e nos Estados Unidos.

Usualmente, as medidas de qualidade de vida utilizam questionários para coletar os dados, baseados na língua escrita, excluindo das pesquisas pessoas que não possuem habilidades com a escrita. Os surdos que têm a língua de sinais como primeira língua apresentam dificuldades com a escrita, quando comparados com as pessoas ouvintes. Portanto, utilizar testes escritos para avaliação das pessoas surdas não é apropriado. O baixo nível de leitura das pessoas surdas não interfere, automaticamente, na capacidade de compreensão, se os testes forem apresentados em língua de sinais[11].

Um estudo com o objetivo de avaliar transtornos mentais e a qualidade de vida de pessoas surdas da Áustria, utilizando os instrumentos WHOQOL-BREF, General Health Questionnaire (GHQ-12) e o Brief Symptom Inventory (BSI), traduzidos e validados para a língua de sinais, verificou que os surdos têm uma qualidade de vida pior do que a da população ouvinte, nos domínios físico e psicológico, medidos pelo WHOQOL-BREF; no entanto, no domínio das relações sociais, não houve diferença significativa. Os resultados com o GHQ-12 e com o BSI mostram níveis mais elevados de problemas emocionais entre os surdos quando comparados com os ouvintes[8].

Esse resultado pode ser considerado como um indicador de que a convivência na comunidade surda possibilita estabelecer relacionamentos satisfatórios, com base num mesmo sistema de comunicação. Por isso, a língua de sinais tem um papel fundamental para a maioria dos surdos que participam de uma comunidade surda.

Outro estudo[2] verificou que os DA oralizados tendem a ter uma vida social mais restrita que a das pessoas surdas que participam da cultura surda e usam a língua de sinais. Os DA são excluídos pelas pessoas ouvintes por causa da sua deficiência, e eles precisam encontrar, constantemente, meios para sobreviver na cultura dos ouvintes. Os surdos que usam a língua de sinais e participam da comunidade surda podem conseguir bons desempenhos em suas relações sociais, mas os DA podem apresentar uma vida social restrita.

Ao encontrar pacientes que têm dificuldades de comunicação, como os surdos, os profissionais devem estar cientes do grande impacto que tais dificuldades têm sobre a qualidade de vida e o estresse emocional[3]. Dificuldades de comunicação no dia a dia das pessoas surdas é uma condição permanente, por fazerem parte de um grupo minoritário que não se comunica pela língua oral do seu país. Além disso, é uma experiência frustrante e comum para os surdos que vivem numa família ouvinte. Essa barreira de comunicação pode provocar, como uma das consequências, problemas emocionais e de conduta, podendo justificar os altos níveis de transtornos mentais relatados em pesquisa[2,8,12].

Em relação aos ouvintes, os surdos que se comunicam pela língua de sinais mostram níveis de estresse psicológico mais elevados, todavia, nas relações sociais não apresentam diferença significativa. Já os DA oralizados apresentaram mais problemas em suas relações sociais, e em todos os escores avaliados estão em desvantagem em relação à população ouvinte e surda[2].

Na comparação entre surdos e ouvintes, verifica-se que os sintomas de ansiedade e depressão são maiores nos grupos de surdos. Destacamos isso como um indicativo de que a sociedade deve despender maior esforço para diminuir as barreiras que estão associadas à surdez. Pessoas surdas, independentemente da idade, devem ter garantida a sua acessibilidade comunicacional na sociedade.

Artigos que investigaram a qualidade de vida com instrumentos sem tradução ou com tradução simultânea para a língua de sinais

Nos últimos anos, o aspecto subjetivo da qualidade de vida das pessoas influenciou as deliberações políticas e científicas em saúde. O foco na qualidade de vida é importante para todos, mas assume um significado especial para pessoas que vivem na sociedade em condições mais difíceis do que as de outras pessoas. Particularmente no caso dos surdos, é necessário conhecer suas necessidades como parte integrante da sociedade e quais as condições para realizar seus valores subjetivos[13].

Uma pesquisa[14], com uma amostra composta por crianças surdas, seus pais e professores, identificou, nas respostas dos pais e professores, que as crianças surdas apresentam mais problemas de qualidade de vida do que crianças ouvintes. Essas diferenças estão mais relacionadas a problemas de conduta, emocionais e de relacionamento (por exemplo, isolamento social), indicando como possível etiologia destes problemas a dificuldade de uma comunicação efetiva. Nesse mesmo estudo, não houve diferença significativa em saúde mental com relação ao grau da perda auditiva.

As pessoas que vivenciam problemas de comunicação evitam novas relações sociais, conduzindo-se ao isolamento social e, consequentemente, à redução da sua qualidade de vida. A satisfação com a vida e a autoestima são indicadores essenciais para a qualidade de vida e a saúde mental dos surdos e dos DA. Em contrapartida, uma baixa autoestima e a não-aceitação da perda auditiva são importantes desencadeadores de transtornos mentais. O estudo também revelou que a autoestima foi maior entre os surdos cujos pais utilizavam a língua de sinais em casa, quando comparados com aqueles cujos pais preferiam uma educação oral[7,14].

O primeiro relato, com o objetivo de investigar os aspectos da qualidade de vida de surdos idosos com perda auditiva pré-lingual, usuários da língua de sinais, com foco no bem-estar, na depressão e na insônia, demonstrou que sintomas depressivos e distúrbios do sono são mais frequentes entre a população surda que usa a língua de sinais do que entre as pessoas ouvintes. No entanto, ao contrário das expectativas dos autores, a comparação do bem-estar não apresentou respostas inferiores em relação à população idosa ouvinte[15].

A prevalência atual de grande parte das pesquisas sobre o desenvolvimento psicossocial mostra que a frequência de alterações socioemocionais é muito maior em crianças surdas e em crianças DA do que em crianças ouvintes, com estimativa de um aumento de 2,6 para 3,6 vezes em relação à amostra de ouvintes. Os resultados desses estudos psicossociais mostram que a qualidade de vida dos surdos e DA pode estar em risco, e esse tema merece mais atenção dos pesquisadores[13].

Outro estudo[14] revelou evidências de que a qualidade de vida percebida pela criança surda e pela criança DA não foi relacionada à situação auditiva (grau da perda e implante coclear). Isso demonstra que a satisfação com a vida e a autoconfiança não são determinadas pelos graus da perda auditiva[13,16]. Fica evidente que uma forte integração social e cultural e condições de alcançá-la são mais relevantes do que o nível de acuidade auditiva.

No entanto, resultados diferentes foram apresentados em outra pesquisa[17], com relação à influência da perda auditiva na QVRS. De modo geral, os indivíduos com perda auditiva profunda relataram menor QVRS. Diferenças significativas foram obtidas por falta de energia, reações emocionais e isolamento social. Nesse mesmo estudo, verificou-se que as mulheres apresentaram QVRS mais baixa que a dos homens. As pessoas com deficiência auditiva profunda constituem um grupo de risco, com pior ajustamento psicossocial, e precisam de maior atenção e apoio.

Artigos que fizeram a tradução de instrumentos para as línguas de sinais

Instrumentos padronizados são fundamentais para fazer avaliações em saúde e para mensurar o impacto dos planejamentos das intervenções públicas em saúde, com possibilidade de reduzir as desigualdades. No entanto, o uso de instrumentos padronizados que não tenham sido previamente testados e validados para aplicação na população surda, aumenta o risco de se chegar a conclusões inadequadas nas investigações clínicas. Por isso, instrumentos desenvolvidos para aplicação na comunidade surda precisam ser confiáveis, com o rigor de uma validação, incluindo as especificidades

da cultura surda. Praticamente não há instrumentos de avaliação da QVRS e da saúde mental padronizados e validados para uso na população surda que se comunica pela língua de sinais[18].

Sem um desfecho válido e confiável em Língua de Sinais Australiana, dos instrumentos "Outcome Rating Scale" (ORS) e "Depression Anxiety Stress Scale-21" (DASS-21), pesquisadores realizaram a tradução e a validação desses instrumentos, com a finalidade de assegurar a eficácia das intervenções em saúde mental para usuários de língua de sinais. O objetivo do estudo foi examinar a confiabilidade, a validade e a aceitabilidade da versão Língua de Sinais Australiana do ORS e do DASS-21[19].

Os resultados desse estudo[19] indicaram diferenças significativas entre as médias para a amostra clínica e as da comunidade surda. A consistência interna foi aceitável, dado o baixo número de itens na ORS-Australiana. A validade de construto foi estabelecida pela correlação significativa entre a pontuação total da DASS-21-Australiana e da ORS-Australiana. A aceitabilidade da ORS-Australiana ficou evidente na taxa de conclusão de 93% em comparação com 63% para a DASS-21-Australiana. Com um desfecho disponível na versão em Língua de Sinais Australiana, os profissionais têm à sua disposição um instrumento que pode ser usado nas avaliações de saúde mental e clínica da população surda.

Um estudo[18] apresentou a metodologia de tradução do Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) em escalas na American Sign Language (ASL). O MHLC foi traduzido utilizando grupos focais, compostos por cinco participantes bilíngues que traduziram a MHLC em ASL, e outros cinco que retrotraduziram a versão ASL para o inglês. Os grupos focais identificavam e corrigiam os problemas de linguagem e culturais antes da versão final do MHLC em ASL. Nove dos 24 itens foram diretamente traduzíveis em ASL. Os demais itens necessitaram de mais discussões para alcançar equivalência com as expressões culturais em ASL. O MHLC/ASL foi validado no âmbito da comunidade surda. Todo processo de tradução foi feito em *Digital Versatile Disk* (DVD), o que possibilitou a tradução e a validação na comunidade surda.

Os instrumentos para serem usados com confiança em diversas comunidades devem, primeiro, ser traduzidos nas línguas dessas comunidades. O padrão ouro para o processo de tradução deve apresentar:

. grupo focal bilíngue e bicultural;

. primeiramente, as traduções e, posteriormente, a retrotradução;

. reconciliação dos itens com conceitos divergentes, buscando a equivalência funcional;

. instrumentos de tradução testados, para determinar se eles são confiáveis e válidos para aplicação nas comunidades;

. normas estabelecidas por meio de práticas de pesquisa[18].

Traduzir um instrumento para língua de sinais é particularmente difícil, mas essencial. As dificuldades são, sobretudo, em relação à modalidade de produção da língua de sinais, que é espaço-visual, pois a versão impressa dessa língua ainda não é acessível a todos os surdos. Assim, torna-se necessário recorrer a alternativas, como apresentação em vídeo. Qualquer instrumento em língua oral, se for aplicado em uma comunidade surda, não oferece uma avaliação confiável, sendo, portanto, inadequada a utilização de instrumentos em línguas orais para os membros da comunidade surda que têm a língua de sinais como língua natural[18,20].

A comunidade surda afirma que somente com instrumentos em língua de sinais é possível atingir os objetivos que um estudo se propõe, pois, com instrumentos adequados, o significado implícito das questões é compreendido pelos surdos que irão responder ao questionário. Isso é reforçado na literatura que defende a aplicação de instrumentos na primeira língua da comunidade; quando o instrumento está em uma segunda língua, os resultados são questionáveis[18,21].

Um grupo de pesquisadores[11] estruturou uma avaliação de qualidade de vida e de saúde mental para pessoas surdas, os instrumentos WHOQOL-BREF, General Health Questionnaire (GHQ - 12 itens) e Brief Symptom Inventory (BIS) foram traduzidos para a língua de sinais. Quando a confiabilidade das versões do WHOQOL-BREF e o GHQ-12 para a língua de sinais foi comparada com a versão escrita nas mesmas medidas em amostras da população ouvinte, constatou-se ser um pouco menor, embora ainda em um intervalo aceitável, para a OMS. Para a BSI, o teste de confiabilidade foi ainda maior do que o da população em geral. Esse trabalho desenvolveu as versões em língua de sinais dos instrumentos WHOQOL-BREF, GHQ - 12 itens e BIS, em um programa de computador. Essa versão é

autoadministrada e consiste em questões em língua de sinais gravadas em vídeo, com apresentação simultânea da língua oral escrita. Para surdos que se comunicam pela língua de sinais, a qualidade de vida e a saúde mental podem ser efetivamente avaliadas por instrumentos traduzidos e adaptados para essa população.

Outro estudo[20] propôs uma tradução e adaptação dos itens da Abordagem Comunitária Participativa para surdos que se comunicam em língua de sinais. Por meio da retrotradução, foi possível alcançar o significado de equivalência entre as línguas envolvidas na tradução. Duas amostras diferentes de surdos adultos (302 e 215 surdos) responderam ao questionário. As análises indicam que mais de 75% dos itens da pesquisa foram respondidos em padrões comparáveis nas duas amostras.

Quando os instrumentos de pesquisa refletem os valores da cultura dominante que não são partilhados pela cultura minoritária, os dados podem estar comprometidos. Um projeto de pesquisa transcultural contém desafios complexos no estilo, na tradução, na amostragem e outros; e ainda deve atender aos princípios éticos e, no caso dos surdos, incluir os aspectos específicos da população surda.

Conclusão

Um dos desafios para a sociedade, no século XXI, se traduz no respeito à diversidade e no direito à igualdade. Para tanto, deve-se incluir a convivência com pessoas com deficiência. Nas relações sociais, essas pessoas encontram barreiras além daquelas experimentadas por outras sem deficiência. Esse peso extra pode aumentar o risco de as pessoas com deficiência desenvolverem problemas de saúde mental, o que pode reduzir a sua qualidade de vida.

A revisão de literatura demonstrou que a menor qualidade de vida das pessoas surdas é esperada pela dificuldade de comunicação, o que pode gerar uma vulnerabilidade dos surdos aos problemas de saúde mental. Os sintomas de ansiedade e depressão são maiores nos surdos, quando comparados com a população ouvinte. As pessoas que vivenciam problemas de comunicação evitam novas relações sociais, e isso, a longo prazo, pode aumentar o isolamento social e reduzir a sua qualidade de vida.

Para os surdos que se comunicam pela língua de sinais, a qualidade de vida só pode ser efetivamente avaliada por instrumentos traduzidos e adaptados para essa população. No entanto, os instrumentos de avaliação na área da saúde têm sido desenvolvidos e testados em línguas orais e com pessoas ouvintes. Por isso, usuários da língua de sinais, quando respondem aos instrumentos baseados em línguas orais, encontram dificuldades, pois eles não contemplam os aspectos culturais e linguísticos da comunidade surda.

Diante disso, destaca-se a necessidade de instrumentos validados, com versão em Libras, que avaliem a QVRS das pessoas surdas brasileiras. Como existem, em língua de sinais, poucos registros de instrumentos na área da saúde, e menos ainda de avaliação da qualidade de vida, é urgente pensar em instrumentos em Libras para avaliar a QVRS da população surda do Brasil.

Colaboradores

Os autores Neuma Chaveiro, Soraya Bianca Reis Duarte, Adriana Ribeiro de Freitas, Maria Alves Barbosa, Celmo Celeno Porto, Marcelo Pio de Almeida Fleck participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Sacks O. Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos. Trad. de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.

2. Fellinger J, Holzinger D, Gerich J, Goldberg D. Mental distress and quality of life in the hard of hearing. Acta Psychiatr Scand. 2007; 11:243-45.

3. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC, Munari DB, Medeiros M, Duarte SBR. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. Cogitare Enferm. 2010; 15(4):639-45.

4. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei n° 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2005 Dez 23.

5. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3):578-83.

6. Oliveira YCA, Costa GMC, Coura AS, Cartaxo RO, França ISX. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de enfermagem, fisioterapia e odontologia no estado da Paraíba, Brasil. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):995-1008.

7. Graaf RD, Bilj RV. Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. Psychosom. Med. 2002; 64:61-70.

8. Fellinger J, Holzinger D, Dobner U, Gerich J, Lehner R, Lenz G, et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005; 40(9):737-42.

9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.

10. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1):19-28.

11. Fellinger J, Holzinger D, Dobner U, Gerich J, Lehner R, Lenz G, et al. An innovative and reliable way of measuring health-related quality of life and mental distress in the deaf community. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005; 40(3):245-50.

12. Kvam MH, Leob M, Tambs K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. J Deaf Stud Deaf Educ. 2007; 12(1):1-7.

13. Hintermair M. Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people - a resource-oriented approach to identity work. J Deaf Stud Deaf Educ. 2008; 13(2):278-300.

14. Fellinger J, Holzinger D, Sattel H, Laucht M. Mental health and quality of life in deaf pupils. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008; 17:414-23.

15. Werngren-Elgström M, Dehlin O, Iwarsson S. Aspects of quality of life in persons with pre-lingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. Arch Gerontol Geriatr. 2003; 37(1):13-24.

16. Hintermair M. Health-related quality of life and classroom participation of deaf and hard-of-hearing students in Genera schools. J Deaf Stud Deaf Educ. 2010; 16(2):254-71.

17. Ringdahl A, Grimby A. Severe-profound hearing impairment and health-related quality of life among post-lingual deafened Swedish adults. Scand Audiol. 2000; 29(4):266-75.

18. Samady W, Sadler GR, Nakaji M, Malcarne VL, Trybus R, et al. Translation of the multidimensional health locus of control scales for users of American sign language. Public Health Nurs. 2008; 25(5):480-9.

19. Munro L, Rodwell J. Validation of an Australian sign language instrument of outcome measurement for adults in mental health settings. Aust. N Z J Psychiatry. 2009; 43(4):332-9.

20. Graybill P, Aggas J, Dean RK, Demers S, Finigan EG, Jr. Pollard RQ. A community-participatory approach to adapting survey items for deaf individuals and American Sign Language. Feld Methods. 2010; 22(4):429-48.

21. Jones EG, Mallinson RK, Phillips L, Kang Y. Challenges in language, culture, and modality: translating English measures into American Sign Language. Nurs Res. 2006; 55(2):75-81.

Chaveiro N, Duarte SBR, Freitas AR, Barbosa MA, Porto CC, Fleck MPA. Calidad de vida de los sordos que se comunican por la lengua de signos: revisión de integración. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):101-14.

El objetivo del estudio fue revisar la producción científica sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (QVRS, por sus siglas en portugués) de los sordos. Se trata de una revisión de integración realizada en la Biblioteca Virtual en Salud, PubMed y Portal de periódicos de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (Capes). Los resultados indican que los síntomas de ansiedad y depresión son más acentuados en los sordos y pueden estar relacionados con dificultades de comunicación. Las personas que tienen problemas de comunicación evitan nuevas relaciones sociales y eso puede aumentar el aislamiento social y reducir la QVRS. Para los sordos que se comunican por la Lengua de Signos, la QVRS solamente puede evaluarse efectivamente por medio de instrumentos traducidos y adaptados a su lengua. Se concluye que la sordera causa un impacto negativo sobre la QVRS de los sordos.

Palabras-clave: Sordera. Lengua de signos. Calidad de vida. Revisión.

Recebido em 04/06/13. Aprovado em 31/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0010

Crise na educação médica?

Um ensaio sobre o referencial arendtiano

Rodrigo Pinheiro Silveira[a]
Bruno Pereira Stelet[b]
Roseni Pinheiro[c]

Silveira RP, Stelet BP, Pinheiro R. Crisis in medical education? An essay on Arendt's reference framework. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):115-26.

This essay contributes towards the context of transformations in medical education in Brazil in the light of the thinking of the political philosopher Hannah Arendt. This author makes a critical reading of modernity, pointing out its context of crisis and how this is reflected in areas such as education and politics. Starting from reflections on the crisis in education, the breakdown of tradition and loss of authority, we use Arendt's ideas to analyze medical practice and its training, which is guided mainly by the biomedical model and other manifestations of the modern world. Finally, we emphasize the need to include categories such as responsibility, judgment and reflective thinking in medical education, which this author analyzed in her late work.

Keywords: Medical education. Politics. Modern history 1601- .

Trata-se de um ensaio que contribui para o contexto de transformações na educação médica no Brasil à luz do pensamento da filósofa política Hannah Arendt. A autora faz uma leitura crítica da modernidade, apontando seu contexto de crise e quanto esta se reflete em áreas como as da educação e da política. Partindo das reflexões sobre a crise na educação, a ruptura com a tradição e a perda da autoridade, trazemos seu pensamento para uma análise sobre a prática médica e sua formação, pautadas, sobretudo, pelo modelo biomédico e outras manifestações do mundo moderno. Por fim, ressaltamos a necessidade de se trabalhar, na educação médica, com categorias como responsabilidade, julgamento e pensamento reflexivo, que foram objetos de análise da autora, já na fase final de sua vida.

Palavras-chave: Educação médica. Política. História moderna 1601- .

[a] Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre. Rua Seringueira 282, Vila Acre. Rio Branco, AC, Brasil. 69909-734. ropsilveira@gmail.com
[b] Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. brunopst@yahoo.com.br
[c] Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. rosenisaude@uol.com.br

O campo da medicina não é algo estático, se constituindo como um espaço social onde os atores estão em meio a tensionamentos com interesses diversos, envolvendo a prática médica, a produção de conhecimento e o campo da formação. As escolas médicas constituem centros de seleção e legitimação da prática médica, ou seja, as inovações passam por um processo de aprovação pelas instituições de ensino para serem consideradas pelo campo. Este papel é exercido de diversas maneiras, sendo a mais comum: a incorporação da "inovação prática" ao currículo do curso de medicina[1].

A partir dessa assertiva, podemos pensar numa primeira indagação pertinente a esse ensaio: é possível falar em crise na educação médica? Embora, no senso comum, a palavra *crise* esteja associada a um contexto negativo, para a filósofa Hannah Arendt, *crise* se refere a um momento ótimo para intervenção, quando se desestabiliza o que era estável, um momento crucial onde as coisas se definem[2]. Considerando as transformações na educação médica vivenciadas nas últimas duas décadas, tensionando o modelo hegemônico na tentativa de formar médicos mais próximos às necessidades da população, diríamos que é possível afirmar que há, de fato, uma crise na educação médica no Brasil.

A concepção de crise como oportunidade permite construir respostas a um conjunto complexo de novas demandas sociais e de saúde, para as quais a formação médica tradicional, com base no modelo biomédico, se mostra limitada. Essas demandas são decorrentes de mudanças no perfil demográfico e de crescentes industrialização e urbanização, fenômenos relativamente recentes no país, que fazem emergir outros problemas de saúde pública, como: violência, deterioração das relações de trabalho, desemprego e pobreza, além do aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e de sofrimento psíquico, no que Luz[3] caracteriza como "fragilidade social".

Esses fenômenos têm colocado em questão a hegemonia da biomedicina como modelo produtor de práticas e saberes médicos, expondo limitações, gerando frustração nos profissionais e insatisfação da população com a assistência à saúde prestada[3]. Soma-se a isso o expressivo desenvolvimento da cadeia produtiva ligada à medicina, tornando o campo da saúde um espaço fértil para ampliação de uma lógica baseada no lucro e no acúmulo de capital, tendo como maior expressão a indústria farmacêutica e o complexo médico-financeiro, como um dos setores que mais lucra no mundo[4].

A formação de profissionais é ação fundamental para gerar respostas a essa problemática, pois possibilita incluir novas práticas de ensino-aprendizagem que trabalhem os conhecimentos e as atitudes necessárias para lidar com essa nova realidade. Considerando os movimentos recentes da formação em medicina, essa premissa nos leva a uma segunda indagação: trata-se de uma crise *na* ou *da* educação médica?

As últimas duas décadas têm sido de intensos debates no contexto brasileiro, com avaliação de escolas médicas, construção de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e modificação nos modelos pedagógicos[5,6]. Elementos das novas tendências da educação têm sido construídos e testados, e novos cenários de práticas têm se apresentado. Nota-se uma efervescência no campo, tendo em vista o crescente número de trabalhos publicados, trazendo contribuições para tornar ainda mais consistente esse processo de transformação[5,7].

Desde a década de 1950, já eram apontadas críticas ao modelo de formação médica. Essas ganharam maior expressividade nos anos 1970-80, nas escolas que já sinalizavam a necessidade de reforma curricular, muitas vezes sustentadas pelos movimentos da Medicina Integral, Preventiva e Comunitária. Os projetos, a maior parte deles financiados por organizações internacionais, foram abarcados como a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), amplamente analisados por Marsiglia[8].

No início dos anos 1990, foi implantado, em algumas universidades brasileiras, o Projeto UNI, que promovia articulação entre o ensino e o serviço, com a participação ativa da comunidade. O Projeto Uni foi financiado pela Fundação Kellogg e abrangeu instituições da América Latina e Caribe[9]. Posteriormente, as iniciativas UNI e IDA se reuniram formando a Rede UNIDA, que se constitui, atualmente, num importante fórum de discussão sobre as transformações no cenário da educação dos profissionais de saúde no Brasil[10].

Outro movimento na década de 1990, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), propôs um processo de avaliação transformadora das escolas médicas que partisse das próprias instituições[11]. Esse movimento identificou os principais problemas da formação

médica, gerando um processo de mudança que impulsionou a construção das novas DCN para os cursos de medicina.

Entendemos que, nessa trajetória de rupturas e continuidades, apresenta-se inovadora a formulação das novas DCN. Desde sua publicação, em 2001, o Ministério da Saúde tem influenciado no sentido de ordenar a formação de profissionais para atuação no SUS e implantado programas de incentivo de caráter indutório para acelerar os processos de mudança[7]. Citamos, como exemplos desse processo de ordenação da formação médica, os Polos de Educação Permanente, o AprenderSUS, o Promed, o Pró-Saúde e o PET-Saúde. Em linhas gerais, todas essas políticas e programas objetivam estimular processos de mudança na formação de profissionais de saúde, com ações como: a diversificação dos cenários de aprendizagem, articulação com os serviços e criação de ações interdisciplinares na graduação, tendo os princípios do SUS e as DCN como alicerce.

Todo esse processo vem acontecendo no sentido de responder a um anseio da sociedade pela formação de profissionais que possam se aproximar das necessidades da população e do sistema de saúde, pois, até então, a mesma era guiada por um pensamento típico da modernidade (modelo biomédico) e por interesses decorrentes desse modelo. Dessa forma, há elementos suficientes para pensarmos que se trata de uma crise *na* educação médica, pois não se trata de uma desestruturação no campo, mas da manifestação da crise da modernidade na educação médica. Trata-se, então, de um momento oportuno para a emergência de experiências inovadoras que possam transformar o modelo pedagógico das escolas e da formação como um todo.

A partir desse entendimento, o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis/IMS/UERJ) vem desenvolvendo, desde 2002, estudos sobre a formação de profissionais para o SUS, buscando compreender como a integralidade pode ser apropriada como eixo fundamental de construção de saberes e práticas do cuidar e da promoção da saúde[12]. Cabe ressaltar que a noção de integralidade também tem sido afirmada na perspectiva de articular um conjunto de sentidos que visam orientar a organização das práticas no cotidiano das instituições de saúde, abrangendo tanto os processos de trabalho como as ações de formação em saúde[13].

Nessa trajetória de pesquisas, constatou-se a necessidade de refletir sobre a inclusão de outros referenciais teóricos capazes de auxiliar a análise do processo de transformação na educação médica. Apoiados nas contribuições de Hannah Arendt, propomos um debate para compreender o contexto de crise e apontar alguns caminhos que julgamos interessantes a partir de categorias trabalhadas pela autora.

O referencial teórico que norteia este texto tem um caráter inovador, pois apresenta outros olhares sobre o que a autora denomina de *crise da modernidade,* com conceitos-chave que possibilitam uma visão crítica tanto da educação como da medicina, e de sua interface no campo da educação médica.

Embora Arendt tenha dedicado seus estudos ao campo da filosofia política, assumimos como importantes suas contribuições para a discussão da educação. Para caracterizar esse debate, partimos de um texto clássico da autora, denominado "A crise na educação", que apresenta um conjunto de reflexões pertinentes e atuais, que fazem conexões com conceitos fundamentais de sua obra, tais como: *liberdade, autoridade e tradição*[14]. Em seu único texto publicado que remete diretamente à educação, Hannah Arendt não se preocupa com os processos pedagógicos, mas com concepções e pensamentos que dão base ao campo, e em que medida a crise da modernidade nele repercute. Essas reflexões podem qualificar o debate sobre as tendências de mudança na formação médica, havendo possibilidades para a emergência de novos olhares para a construção de uma prática mais humana da medicina.

Arendt se debruçou sobre o tema das atividades que praticamos no mundo, em especial, a política. No entanto, as perplexidades vivenciadas pela pensadora frente ao totalitarismo da Alemanha nazista e o Holocausto até o julgamento de Adolf Eichmann no início dos anos 1960, determinaram os rumos dos questionamentos da autora no que diz respeito à conduta e à ação humanas e as relações entre política e ética. Como aquilo pôde acontecer numa Alemanha com padrões morais supostamente firmes e estáveis? Como pessoas como Adolf Eichmann e tantos outros serviram a tal maquinaria, sem a capacidade de refletir sobre o que estavam fazendo, como "dentes de engrenagem", dizendo-se inocentes e alegando, burocraticamente, "obediência a ordens superiores"? Partindo desses

questionamentos, Arendt desenvolveu reflexões que motivaram a análise de categorias como responsabilidade e julgamento[15].

Não se trata aqui de fazer uma transposição do pensamento da autora para o contexto atual, mas de utilizar seu referencial teórico-conceitual para discutir as transformações na educação médica, tanto na caracterização de uma "crise na educação", quanto nas conexões com as categorias trabalhadas pela autora no campo da política.

Educação no pensamento de Hannah Arendt

Em sua análise mais ampla sobre a crise da modernidade, um dos aspectos em que a autora se debruça especificamente é a sua repercussão na educação.

Educação, para Arendt, é estritamente ligada ao fenômeno da *natalidade*. Para ela, nascer para a vida é diferente de nascer para o mundo, sendo que nascemos para a vida pelo *nascimento* e, para o mundo, pela *natalidade*. "O mundo – artifício humano – separa a existência do mundo de todo ambiente meramente animal; mas a vida, em si, permanece fora desse mundo artificial, e através da vida o homem permanece ligado a todos os outros organismos vivos"[16]. Nascemos para a vida, para crescermos em nossa subsistência, mas, também, para um mundo que é um conjunto de realizações humanas prévias a esse nascimento. O fato de que nascemos para o mundo é, para Arendt, a essência da educação.

Para a autora, a natalidade dá a oportunidade da emergência do novo, da recriação do instituído. Um novo mundo se inicia por aqueles que são, por nascimento e natureza, novos. É através da natalidade que o mundo está em constante renovação.

A autora chama a atenção para a importância da dimensão temporal do processo educativo, na qual história, realidade e responsabilidade com o futuro se interconectam. Ou seja, o reconhecimento da memória dos saberes e práticas já construídos no passado abrem possibilidades de exercer a liberdade para mudar o futuro.

O papel da escola, ao acolher a criança e o jovem, é realizar a mediação entre a esfera privada da família e a sua atuação no mundo através da atitude política, quando adulta, na esfera pública. Dessa maneira, a educação é classificada, pela autora, como um fenômeno pré-político. A função educacional primordial seria apresentar o mundo, para que esse ingressante possa promover, com liberdade, sua ação política no espaço público, com vistas a recriá-lo. Para isso, é necessário que estejamos com os olhos no passado e que este seja a base para a transformação do futuro, pois os novos se inserem num mundo que já existe, e devem conhecê-lo para nele terem a possibilidade de realizar algo novo.

Para a autora, a crise na educação tem estreita ligação com dois condicionantes: a ruptura com a tradição, ou seja, com nossa atitude em relação ao passado e, sobretudo, com a perda da autoridade.

> O problema da educação no mundo moderno está no fato de, por sua natureza, não poder esta abrir mão nem da autoridade nem da tradição, e ser obrigada, apesar disso, a caminhar em um mundo que não é estruturado nem pela autoridade nem tampouco mantido pela tradição.[14]

Transformar o mundo não significa romper com a tradição, pois com a perda da tradição não se perde o passado, mas se perde "o fio que nos guiou com segurança pelos vastos domínios do passado"[17]. A tradição não é o passado, mas a memória, que resguarda a profundidade da existência humana. Sem memória, sem recordação, não há profundidade. É como "pensar sem corrimão", ou seja, sem o auxílio da tradição.

A noção de autoridade para Arendt está relacionada com o *reconhecimento,* e se refere à relação com nossos mestres e antepassados, possíveis mediadores da tradição e dos tempos passados e exemplos de ação no mundo presente. Assim, se configura uma "autoridade legítima", e a perda da mesma refere-se à falta de responsabilidade e despreparo dos adultos em apresentar o mundo adequadamente[18].

> Educar era simplesmente 'fazer-vos ver que sois inteiramente dignos de vossos antepassados', e nesse mister o educador podia ser um 'companheiro de luta' ou um 'companheiro de trabalho' por ter também, embora em nível diverso, atravessado a vida com os olhos grudados no passado. Companheirismo e autoridade não eram nesse caso senão dois aspectos da mesma substância, e a autoridade do mestre arraigava-se firmemente na autoridade inclusiva do passado enquanto tal[14].

Esse ponto de vista em nada evoca o uso de métodos violentos ou coercitivos, que se traduziria em "autoritarismo". Pelo contrário, nesse caso, não é um que imprime autoridade ao outro, mas é o outro quem lhe confere autoridade. É uma autoridade reconhecida e, desta forma, legítima. Ao não ter autoridade para apresentar o mundo, os adultos privam a criança do alcance da liberdade, pois a mesma fica "sujeita a uma autoridade muito mais terrível e verdadeiramente tirânica, que é a tirania da maioria"[14].

A autora se refere a uma sociedade de massas e exemplifica a perda da autoridade com a anulação das diferenças entre adultos e crianças. Partindo desse pensamento, Arendt faz uma análise crítica tanto das correntes progressistas como das tecnicistas da educação. Por um lado, pressupõem as crianças como protagonistas do processo de aprendizagem, por outro, consideram-nas como ferramentas para o mercado de trabalho.

No Brasil, o referencial progressista da educação é identificado, sobretudo, no movimento conhecido como Escola Nova. Nestas correntes, há uma tendência a igualar professor e aluno, desfazendo essa hierarquia nas relações pedagógicas[19]. Uma das "ilusões escolanovistas" talvez seja a ênfase excessiva na experiência prática pessoal, na busca de constante inovação, acarretando risco potencial em descuidar da apropriação do conteúdo das teorias já conhecidas tradicionalmente[20].

Para Arendt, o papel da escola e do professor é apresentar o mundo, responsabilizando-se por ele. O professor busca no passado fatos importantes e aspectos culturais que merecem ser lembrados e/ou preservados, apresentando aos alunos o mundo como ele é, e não como deveria ser. Com base nessa tradição é que temos a *liberdade* para mudar o futuro.

Carvalho[19] faz uma análise das diferenças entre os sentidos de *liberdade* para marcar uma distinção que a posição de Hannah Arendt tem em relação a outros autores. A autora filia seu conceito de liberdade aos filósofos gregos, que ressaltam o seu *status* político do encontro com outros, em palavras e ações, em um espaço público comum. Sendo assim, seu ponto de vista é o de liberdade como compromisso responsável com o mundo em que vivemos, ao contrário do sentido em que se transmutou na modernidade, que associa liberdade com a ideia de livre-arbítrio, sendo atributo do pensamento, do interior da alma humana, numa atitude solipsista. Esse é designado por Carvalho como "liberdade negativa".

Carvalho analisa a crítica da autora às correntes progressistas, e relaciona seu papel na crise da educação ao representarem tendências que aliam seu pensamento com esse conceito "negativo" de liberdade. Fazemos um contraponto à posição do autor com base nos trabalhos de Brayner[21], para quem o conceito de liberdade de Paulo Freire tem consonância com o pensamento de Hannah Arendt. Ambos possuem um referencial libertário para a educação, acreditando e apostando no advento do novo como algo transformador do mundo. Para Brayner, dois pontos aproximam as ideias dos autores: a centralidade da noção de *mundo* para a educação e o conceito de liberdade. Em Freire, o mundo é "aquilo que intermedeia a relação dialogal entre os homens", sendo necessária a sua apreensão para que haja educação, como também defende Arendt. Para os dois autores, o conceito de liberdade está intimamente relacionado à política. A diferença, no que tange a educação, é que...

> se em Arendt a política (em sua nostalgia helênica!) já parte do pressuposto da existência de homens livres e plurais, em Freire, não há esse pressuposto: são homens que precisam se libertar pela política, ou melhor, por uma pedagogia que se vê como "ato político"[21].

Mais do que às tendências progressistas, a crítica de Hannah Arendt é direcionada aos aspectos das tendências tecnicistas da educação. Estas surgiram com o objetivo de adequar a escola às exigências de

uma sociedade industrial e tecnológica, cuja ênfase está na preparação de recursos humanos, como mão-de-obra qualificada para a indústria. O conteúdo tem como foco o saber científico e o modelo pedagógico é baseado no *taylorismo* e na visão tecnocrática de mundo[20].

A autora questiona as práticas que se baseiam em um pragmatismo necessário para lidar com uma sociedade "de massa", transformando a pedagogia em uma "ciência do ensino em geral a ponto de emancipar inteiramente da matéria a ser ensinada"[14]. Então, a formação do professor passou a ser o ensino, e não um dos seus domínios. A ênfase não se deu mais no desenvolvimento de conteúdos, mas, sobretudo, no desenvolvimento de habilidades. Baseiam-se nos termos 'competência' e 'capacidade', que, em si, não revelam compromisso ético para além da eficácia, e se baseiam num conceito "negativo" de liberdade[19].

Um dos pontos mais controversos do pensamento de Hannah Arendt trata da defesa de que a educação deve ser conservadora. O termo costuma ser rejeitado por pedagogos, pois o associa com práticas do chamado modelo tradicional de ensino. No entanto, conservadorismo, para Arendt, tem o sentido de conservação, de "abrigar ou proteger alguma coisa – a criança contra o mundo, o mundo contra a criança, o novo contra o velho, o velho contra o novo"[14]. Trata-se de preservar a novidade para que a mesma possa ter a possibilidade de, posteriormente, aparecer como inovadora e transformadora.

> Nossa esperança está pendente sempre do novo que cada geração aporta; precisamente por basearmos nossa esperança apenas nisso, porém, é que tudo destruímos se tentarmos controlar os novos de tal modo que nós, os velhos possamos ditar sua aparência futura. Exatamente em benefício daquilo que é novo e revolucionário em cada criança é que a educação precisa ser conservadora; ela deve preservar essa novidade e introduzi-la como algo novo em um mundo velho, que, por mais revolucionário que possa ser em suas ações, é sempre, do ponto de vista da geração seguinte, obsoleto e rente à destruição[14].

Contribuições arendtianas: trazendo outros referenciais teóricos para a educação médica

Arendt dedicou a maior parte de seus estudos à ação dos homens no mundo, em especial, a *práxis* política. Para a autora, a política pressupõe ação no espaço público, o lugar onde os seres humanos, como iguais em sua liberdade, se apresentam em ação por meio das palavras e dos gestos.

Arendt faz uma distinção entre os fenômenos pré-políticos (da esfera privada) e os políticos (da esfera pública), situando a educação, assim como a vida em família, entre os primeiros. Ela trata a educação como um atributo da vida de crianças e jovens, numa preparação para a vida política. Para ela, "a educação não pode desempenhar papel nenhum na política, pois, na política, lidamos com aqueles que já estão educados"[14]. Carvalho[19] ressalta que não se trata de uma posição ingênua de que todo o processo decisório sobre a educação não passaria por disputas políticas, mas da distinção das "naturezas das relações que se estabelecem na esfera pública das que regulam as interações entre professores e alunos".

> Sua insistência em distinguir esses dois âmbitos de atividades – o da educação e o da política – não deve ser compreendida, portanto, como o estabelecimento de uma independência de um em relação ao outro, mas simplesmente como uma distinção relacional[19].

O autor corrobora o sentido político da educação arendtiana quando esta evoca a *responsabilidade pelo mundo*, ao assegurar sua renovação, e a possibilidade de transformá-lo.

> A educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e dos jovens. A educação é, também, onde decidimos se

> amamos as nossas crianças o bastante para não expulsá-las do nosso mundo e abandoná-las a seus próprios recursos, e tampouco arrancar de suas mãos a oportunidade de empreender alguma coisa nova e imprevista para nós, preparando-as em vez disso com antecedência para a tarefa de renovar um mundo comum[14].

A partir dessa citação se firma a perspectiva de um compromisso ético-político na formação, elemento que ganha potência na aproximação do pensamento arendtiano à educação médica.

Ao admitirmos que a educação seja um fenômeno pré-político, da esfera privada, quando abordamos, então, a formação superior, podemos considerá-la como um momento de passagem para a esfera política, onde os pressupostos sobre educação que trouxemos até agora dialogam com categorias como *liberdade, ação, responsabilidade e julgamento.* Deste modo, elencamos alguns elementos no pensamento arendtiano como contribuições ao debate do campo da educação, resgatando sua consideração de que o ensino técnico ou superior "é uma espécie de especialização". Visa introduzir o jovem em um segmento limitado e particular do mundo[14].

Resgatando as categorias arendtianas *mundo e mundanidade*, trazemos afirmações de César e Duarte[18], que, ao se debruçarem sobre esse objeto, ressaltam a perspectiva fenomenológica a que Arendt se filia: "o mundo é uma construção propriamente humana, constituído por um conjunto de artefatos e de instituições duráveis, destinados a permitir que os homens estejam continuamente relacionados entre si".

Sendo assim, "mundo" diz respeito ao que se interpõe entre os homens, numa perspectiva relacional em que a verdade é o que está na aparência e esta se relaciona, através dos nossos sentidos, com as atividades da nossa consciência. Considerando essa acepção de constante criação e recriação de mundo, vale ressaltarmos algumas características do mundo moderno de importância para debates com futuros médicos, que dizem respeito a sua futura profissão e relação com a sociedade.

Desde a época em que a autora produziu seus escritos sobre educação, no final da década de 1950, o mundo ocidental caminhou a passos largos para uma sociedade baseada no consumo e na cultura de massa. Mostrou que ainda pode voltar a ter regimes ditatoriais como recentemente em países da América Latina, notadamente no Brasil onde a ditadura militar torturou e matou grande parte de uma geração de jovens que lutavam por uma sociedade mais justa e democrática. As guerras ainda são uma realidade no mundo, e problemas como pobreza e desigualdades sociais são desafios que se apresentam na atualidade.

Vivemos num mundo onde a concepção de *indivíduo* é hegemônica ao se considerar o ser humano em sociedade. Essa categoria é pensada por Dumont[22] para descrever o sentido liberal, do ser em si mesmo, em contraposição à noção de *pessoa* que traz o caráter essencialmente relacional de sua existência. A perspectiva individualista não favorece a possibilidade de um mundo compartilhado. É como se o homem fosse um ser apolítico, incapaz de constituir um espaço público comum.

Em *A Condição Humana*, Arendt[16] põe em evidência a distorção em que vivemos desde o advento da modernidade, onde o mais relevante é o que representamos e temos (*"o que"*) e não o que somos e fazemos (*"quem"*). E quando perguntamos *quem* é determinada pessoa, traduzimos por *o que* ela é[16]. Esse debate incide de maneira central na medicina e em sua formação. Quando perguntamos "quem é o Dr.", não nos concentramos nas suas ações – se ele faz seu trabalho no sentido da justiça e da igualdade – mas no que ele tem – ele é médico especialista, com pós-graduação, premiado por sua sociedade de especialidade etc. O *status* do médico atualmente é mais valorizado pelos estudantes que o que eles efetivamente realizam com suas palavras e gestos.

Essa perspectiva, amplificada com o advento da modernidade, aproxima-se da ideia de racionalidade científica moderna, traduzida, em nossa área de análise, pela biomedicina[23].

O estudante de medicina é então imerso em uma visão mecanicista, onde o corpo humano se objetifica em uma máquina, em que as reações fisiopatológicas determinam as doenças, que são, em última análise, a categoria central do trabalho médico. É para a doença que as ações se dirigem, numa tentativa de detectá-las e extirpá-las, abrindo um terreno fértil para as indústrias farmacêutica e de equipamentos, que, mediante estratégias midiáticas de massa, perpetuam esse círculo vicioso que envolve profissionais, instituições formadoras e empresas do setor[24]. Esse sistema tem uma tendência a

se apresentar burocratizante e autoexplicativo, cujo principal desdobramento consiste na progressiva medicalização da vida em sociedade e a ideia de que cada um é "culpabilizado" por seu adoecimento, num padrão baseado no consumo de produtos e serviços.

Esse mundo precisa ser apresentado ao estudante de medicina, que deve compreendê-lo como processo e construção humanos. É importante a compreensão do advento da biomedicina, e suas repercussões no complexo médico-industrial, como uma construção social, e não uma realidade imutável reificada e, sobretudo, de que esse mundo pode ser diferente, a depender da liberdade que os próprios homens exercitem para construir algo novo.

Dessa concepção, torna-se fundamental que, nos currículos dos cursos de medicina, por exemplo, seja apreendida a realidade local em que vive o povo, sua cultura e sua história. Da escravidão dos negros africanos e quase extermínio dos povos indígenas no Brasil colonial, até a realidade de migrações, exploração do trabalho e ocupação desordenada das áreas de periferia das grandes cidades. Como vivem e em que circunstâncias adoecem essas populações. Ao mesmo tempo, é importante que alunos e instituições formadoras vivenciem o cotidiano do sistema de saúde brasileiro, compreendendo sua atual conformação, o Sistema Único de Saúde, que também consiste em uma construção social, uma conquista da população, num processo imbricado com a democratização do país.

A reflexão sobre o mundo em que vivemos, com especial atenção para a realidade brasileira e o nosso sistema de saúde, se torna então, na perspectiva arendtiana, uma ação responsável dos professores com o futuro dos alunos e com a constituição desse próprio mundo.

Ao apresentarem esse mundo, sob forma de memória, de histórias do nosso tempo, os professores devem estar atentos para o fato de que são exemplos para os futuros médicos. E, para uma formação com base ético-política, os exemplos são mais valiosos que códigos de conduta a que são submetidos os profissionais médicos. Para isso, é necessária a autoridade dos professores, no sentido arendtiano, legítima, conquistada pelo reconhecimento. No entanto, a crise da modernidade traz como elemento a crise de autoridade e, nos cursos de medicina, estas rupturas se tornam evidentes ao percebermos desde despreparo pedagógico do corpo docente até distorções de princípios éticos em parte dos professores.

A perda da autoridade, que se apresenta na formação em medicina, tem efeitos devastadores: se os que ensinam não têm conhecimento suficiente do mundo e não obtêm reconhecimento frente a seus educandos, ficamos às cegas na constante reprodução de uma cultura médica (biomedicina) que não enxerga a liberdade como ação e criação do novo, assemelhando-se, em sua característica uniformizante, às culturas de massa, padronizando as pessoas e desconsiderando-as por trás de suas doenças. Doenças sem rosto, pessoas cujas histórias são recortadas pelo viés de *sua patologia*. Desta forma, parece mais difícil produzir um senso de responsabilidade por algo (e não alguém) que não se vincula, que não se reconhece.

Partindo do entendimento de que, ao iniciar a graduação, o jovem já adentra a esfera pública, da vida política, essa deve conciliar esses dois aspectos: liberdade e responsabilidade. Tendo noção do sentido que Arendt dá ao termo liberdade, é importante entendê-la como constituinte da política, ou seja, sem liberdade "a vida política seria destituída de significado". Para ela, a razão de ser da política é a liberdade e "seu domínio de experiência é a ação"[14]. Na filosofia de Arendt, esses três termos – liberdade, ação e política – estão amalgamados, possibilitando compreender a condição eminentemente humana do sujeito em sua singularidade na relação com o outro, na ação em meio à pluralidade do homem no mundo.

Esse referencial nos permite questionar, no campo da formação e da prática médicas, uma "autonomia profissional", onde o médico teria o livre-arbítrio no cotidiano de sua atuação. Uma ação autônoma, baseada na liberdade de decisão solitária, pode produzir uma ação sem limite, desconectada dos outros e do mundo. Se as ações em saúde se apresentam enquanto *práxis* – atividade humana contextualizada –, não podem ser somente autônomas, pois precisam estar inseridas em um espaço comum, de diálogo, de trocas e de compartilhamento com os outros. Deve haver, então, envolvimento do médico com a equipe de saúde, com gestores e, sobretudo, com os pacientes e familiares.

São exemplos da ação política do médico, e que devem fazer parte de sua formação: o trabalho em equipe, o vínculo e a corresponsabilidade com as pessoas a quem assiste, numa perspectiva baseada no cuidado e na constituição de horizontes terapêuticos comuns[25], onde esses outros atores

necessariamente participam das decisões. Neste diálogo podem estar presentes diferentes formas de compreender e vivenciar o processo de adoecimento. Atuar com liberdade nesse espaço público é ter a possibilidade da construção de uma outra forma de se relacionar com a equipe, que não seja baseada em concepções e atos corporativos, mas solidários e éticos. Da mesma maneira também com os pacientes, não na forma de imposição da perspectiva biomédica, mas levando em consideração como vivem a vida, a cultura, e a experiência de adoecimento dos mesmos.

É nesse ponto que a ideia de educação conservadora de Hannah Arendt pode nos auxiliar a compreender as tensões acerca da crise da modernidade e seus efeitos na educação médica. Podemos promover a reflexão crítica, de modo a questionar a hegemonia biomédica, que ensina o corporativismo e a "autonomia" inseridos em uma lógica produtiva que favorece o poder do complexo médico-industrial, tornando os futuros médicos não seres humanos reflexivos, mas engrenagens dessa lógica medicalizante e desumanizante.

Papadimos[26], em uma das únicas publicações da área da educação médica que lida com categorias propriamente arendtianas, caminha no mesmo sentido, apresentando a necessidade de se trabalhar o *pensamento reflexivo* durante o processo formativo, com o objetivo de evitar que os médicos simplesmente aceitem o cientificismo que lhes é inculcado, sem a capacidade crítica de análise. Papadimos[26] ressalta que o pensamento reflexivo auxilia os futuros médicos a desenvolver sua singularidade, manifestada em suas palavras e ações. Ajuda a mudar o foco de importância, dado pelo estudante, do "*que*" eles próprios são para "*quem*" são.

Nessa mesma linha de pensamento, ressaltamos outra contribuição da autora para os processos formativos na medicina, que dizem respeito a valores e atitudes: as reflexões sobre a *responsabilidade* e o *julgamento* escritas a partir do acompanhamento do julgamento de Eichmann[15] e que podem se aplicar a diversas áreas, incluindo a medicina.

Ao decidir acompanhar o julgamento, Arendt supôs que fosse encontrar um tirano em pessoa, mas, para sua surpresa, ele não passava de um homem comum, um burocrata, cumpridor de ordens, que era incapaz de pensar e refletir sobre o que estava fazendo. Arendt cunhou então a expressão "banalidade do mal" se referindo às ações de uma "compacta massa burocrática de homens perfeitamente normais, desprovidos da capacidade de pensar, de submeterem os acontecimentos a juízo"[27]. Eichmann[15] justificava seus atos com o discurso carregado de clichês, de que estava apenas cumprindo ordens. Ou seja, não passava de mais um burocrata a serviço do sistema, onde, se não fosse ele, seria outro.

Nessa análise Arendt relacionou a posição do oficial com a metáfora do "dente da engrenagem". O sistema seria a engrenagem e os seus executores seriam os "dentes", que, por não serem capazes de pensar, apenas ajudariam a impulsionar o sistema, não importando os seus fins. Colocando a culpa no sistema, Eichmann tentou se eximir da sua responsabilidade, pois se todos são culpados, ninguém o é. Arendt reforça que o oficial nazista tinha responsabilidade pessoal sobre os seus atos, pois o mesmo tinha a possibilidade de escolha de não fazer, mesmo que fosse punido por isso[15].

A ideia da falta de juízo crítico e a burocratização das relações está presente em diversos setores da sociedade, não sendo diferente na medicina. Pode ser difícil aceitar, mas observa-se que boa parte dos médicos é incapaz de refletir sobre o que está fazendo no cotidiano, faltando-lhes juízo crítico frente a situações que envolvem seus pacientes. Isso acontece quando se prescreve uma medicação que o paciente é incapaz de adquirir ou fazer uso; ou quando atendemos um morador da região rural ou ribeirinha e o encaminhamos para uma unidade de referência que fica a dias de barco, muitas vezes sem necessidade; ou, ainda, quando não respeitamos sua cultura e impomos mudanças de comportamento de acordo com o referencial biomédico. Acontece, também, quando coloca a culpa no sistema de saúde por uma falha ou como justificativa para o não-uso de todo o seu potencial, que pode variar da negação de um atendimento até a obediência cega a regras operacionais. Mas essa ideia de Hannah Arendt se aplica, especialmente, quando o médico exerce sua prática sem um pensamento crítico sobre o modelo biomédico, permanecendo limitado em suas ações e não conseguindo responder adequadamente às necessidades das pessoas.

A teoria do dente de engrenagem pode servir de alerta para refletir o nosso papel diante da responsabilidade pessoal e coletiva nas práticas cotidianas nas instituições de saúde. Acolhimento, vínculo, humanização e cidadania não podem ser meros jargões no planejamento das políticas, mas um

constante exercício de evocar a responsabilização como elemento virtuoso das ações de um cuidado como valor[28]. Para Arendt, a responsabilidade pessoal não pode ser transferida para um sistema, apesar de não se poder desconsiderar a maneira como esse sistema opera[15].

As instituições e os processos de formação têm forte implicação nessa situação, pois reproduzem um sistema de pensamento burocratizante e autoexplicativo. Para burocratizar o trabalho do médico, desenvolve-se um processo de formação baseado em um universo de saberes e práticas uniformizantes, e embota-se sua capacidade de se afetar e de pensar de maneira crítico-reflexiva. Um dos desdobramentos disso é a progressiva medicalização da vida em sociedade e a ideia de que cada um é "culpabilizado" por seu adoecimento, num padrão baseado no consumo de produtos e serviços, que exime os médicos da responsabilidade daquele a quem assiste.

Agir com liberdade para criar o novo é necessariamente agir tendo consciência de sua responsabilidade em não reproduzir uma lógica em que as vozes daqueles que são a razão de ser da profissão não são efetivamente ouvidas, não aparecem diante das vozes hegemônicas do campo. Agrega também o sentimento de responsabilidade pelo cuidado, instaurando uma relação de confiança onde a pessoa se sinta segura e amparada em seu adoecimento. Outrossim, é também uma responsabilidade com o funcionamento dos serviços de saúde onde atua e com o sistema como um todo.

Andrade[29], ao analisar as contribuições de Hannah Arendt para o campo da educação a partir da reflexão sobre a banalidade do mal, aponta a tarefa educativa de se trabalhar com o pensamento, pois um dos principais determinantes de um comportamento como o de Eichmann seria a incapacidade de pensar. O autor trabalha sobre os escritos de *A vida do espírito*[30] e, a partir desse referencial, defende que o pensamento não deve se interessar pela verdade das coisas, e sim pelo que elas significam para nós. Desta forma, propõe uma tarefa educativa numa perspectiva ético-política comprometida com valores como justiça, igualdade, solidariedade, diálogo e tolerância.

Considerações finais

As DCN para os cursos de medicina definem, claramente, a importância de um profissional com formação crítica e reflexiva, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania[6]. A partir dessa necessidade, o pensamento de Hannah Arendt e seus desdobramentos para a ação podem contribuir com novos aportes teóricos que visam a consolidação das mudanças na educação médica. A transformação depende, então, de quanto somos responsáveis pelo desenvolvimento da prática profissional e de valores desses jovens que estão no caminho entre a educação e a ação política. Se desejamos o exercício da medicina como cuidado em saúde, como ação política, como cultivo da liberdade enquanto sentimento público, é necessário que denunciemos os processos de coerção pelos quais passam os futuros médicos durante o seu processo de formação, e criemos momentos para reflexão sobre as ações.

Esses momentos podem advir do cultivo de verdadeiros espaços públicos em sala de aula, onde, a partir de metodologias ativas organizadas pelos professores, com autoridade legítima, possa emergir a pluralidade existente entre os estudantes. Onde os mesmos possam refletir sobre a realidade, com a imersão em novos cenários de aprendizagem, nas capitais e no interior. E que essas experiências possam afetar, de alguma forma, com ajuda dos professores, a sua atitude frente ao mundo e a prática médica, na formação do senso de responsabilidade com o outro, com seu trabalho e com a sociedade.

Ainda assim não teremos garantias da transformação no futuro, pois a criação do novo incorre em liberdade e risco – em crises – não em certezas. Ao menos, assim, colocamos o surgimento de uma nova educação e prática médicas no campo das possibilidades.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Garcia JC. La educación médica en la América Latina. Washington: OPAS/OMS; 1972.

2. Carvalho JSF. Hannah Arendt e a Educação. Atta: mídia e educação, produção em vídeo. 2011.

3. Luz MT. Fragilidade social e busca por cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 9-20.

4. Vianna CMM. Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. Physis. 2002; 12(2):375-90.

5. Lampert JB. Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil. São Paulo: Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

6. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: CNE; 2001.

7. Silveira R, Pinheiro R. Em busca da integralidade na formação médica: revisitando as experiências no ensino de graduação em medicina. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2010. p. 333-48.

8. Marsiglia RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial IDA no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995.

9. Kisil M, Chaves M. Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg; 1994.

10. Costa HOG, Feuerwerker LCM, Rangel ML. Diversificação de cenários ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. Divulg Saúde Debate. 2000; 22:25-35.

11. Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2004.

12. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2006.

13. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001.

14. Arendt H. Entre o passado e o futuro. 6a ed. São Paulo: Perspectiva; 2009.

15. Arendt H. Responsabilidade e julgamento. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.

16. Arendt H. A condição humana. 8a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.

17. Carvalho JSF. Acolher o mundo: educação como iniciação nas heranças simbólicas comuns e públicas. In: Barbosa RLL, organizador. Formação de educadores: artes e técnicas. São Paulo: Ed. Unesp; 2006. p. 61-72.

18. César MRA, Duarte A. Hannah Arendt: pensar a crise da educação no mundo contemporâneo. Educ Pesqui. 2010; 36(3):823-37.

19. Carvalho JC. A liberdade educa ou a educação liberta? Uma crítica das pedagogias da autonomia à luz do pensamento de Hannah Arendt. Educ Pesqui. 2010; 36(3):839-51.

20. Aranha MLA. Filosofia da educação. 2a ed. São Paulo: Moderna; 1990.

21. Brayner FHA. Um mundo entre os homens (um confronto entre Hannah Arendt e Paulo Freire). In: Anais da 32a Reunião Anual da ANPED - Sociedade, cultura e educação: novas regulações; 2009; Caxambu. Caxambu; 2009. [acesso 2012 Set 20]; Disponível em: http://www.anped.org.br/reunioes/32ra/trabalho_gt_06.html

22. Dumont L. O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco; 1985.

23. Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.

24. Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

25. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface (Botucatu). 2004; 8(14):73-92.

26. Papadimos TJ. Reflective thinking and medical students: some thougtful distillations regarding John Dewey and Hannah Arendt. Philos Ethics Human Med. 2009; 4(1):5-14.

27. Assy B. Introdução à edição brasileira "Faces privadas em espaços públicos": por uma ética da responsabilidade. In: Arendt H, organizadora. Responsabilidade e julgamento. São Paulo: Companhia das Letras; 2004. p. 31-60.

28. Stelet BP, Pinheiro R. Da filosofia moral ao amor ao mundo: contribuições arendtianas por uma ética do cuidado em saúde. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2011. p. 45-69.

29. Andrade M. A banalidade do mal e as possibilidades da educação moral: contribuições arendtianas. Rev Bras Educ 2010; 15(43):109-25.

30. Arendt H. A vida do espírito. 3a ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1995.

Silveira RP, Stelet BP, Pinheiro R. ¿Crisis en la educación médica? Un ensayo sobre el referencial arendtiano. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):115-26.

Se trata de un ensayo que contribuye con el contexto de transformaciones en la educación médica en Brasil a la luz del pensamiento de la filósofa Hannah Arendt. La autora hace una lectura crítica de la modernidad, señalando su contexto de crisis y hasta qué punto ella se refleja en áreas como las de la educación y la política. Partiendo de las reflexiones sobre la crisis en la educación, la ruptura con la tradición y la pérdida de la autoridad, traemos su pensamiento para un análisis sobre la práctica médica y su formación, regidas principalmente por el modelo biomédico y otras manifestaciones del mundo moderno. Finalmente, subrayamos la necesidad de trabajar en la educación médica con categorías como responsabilidad, juicio y pensamiento reflexivo que fueron objetos de análisis de la autora ya en la fase final de su vida.

Palabras-clave: Educación médica. Política. Historia moderna 1601- .

Recebido em 06/03/13. Aprovado em 04/11/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0745

Contribuições da medicina antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica

Leandro David Wenceslau[a]
Ferdinand Röhr[b]
Charles Dalcanale Tesser[c]

Wenceslau LD, Röhr F, Tesser CD. Contributions of anthroposophic medicine to integrality in medical education: a hermeneutic approach. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):127-38.

The aim of this study was to identify possible contributions from the work of the founder of anthroposophic medicine, Rudolf Steiner, to integrality in medical education. This was a hermeneutic study along the lines indicated by Gadamer, on the courses and lectures on medicine given by Steiner. Four main summarized proposals regarding his thinking are presented: (1) a critique of the model of materialistic science that can be expanded through Goethean phenomenology; (2) anthroposophic threefolding and fourfolding as interpretative keys for the health-illness process; (3) integration between human beings and nature as the foundation of research on new treatments; and (4) the link between moral development and scientific and technical training in medical education. The limits and potentials of these proposals were analyzed from the perspective of the viability of epistemological plurality within medical knowledge and practices.

Keywords: Medical education. Integrality. Hermeneutic. Steiner. Anthroposophy.

O objetivo deste trabalho é apontar possíveis contribuições da obra do fundador da medicina antroposófica, Rudolf Steiner, à integralidade na educação médica. Trata-se de um estudo hermenêutico, como apontado por Gadamer, dos cursos e das palestras dados por Steiner sobre medicina. São apresentadas quatro proposições, síntese do seu pensamento: (1) uma crítica ao modelo de ciência materialista que pode ser ampliada a partir de uma fenomenologia goetheana; (2) a trimembração e quadrimembração antroposóficas como chaves interpretativas do processo saúde-adoecimento; (3) a integração entre ser humano e natureza como fundamento de pesquisa de novos tratamentos; e (4) o vínculo entre desenvolvimento moral e formação técnica-científica na educação médica. Os limites e as potencialidades destas proposições são analisados na perspectiva da viabilidade de uma pluralidade epistemológica nos conhecimentos e práticas em medicina.

Palavras-chave: Educação médica. Integralidade. Hermenêutica. Steiner. Antroposofia.

[a] Departamento de Medicina e Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Av. P. H. Rolfs, s/n, campus Universitário. Viçosa, MG, Brasil. 36570-900. leandro.david@ufv.br
[b] Departamento de Fundamentos Sócio-Filosóficos da Educação, Centro de Educação, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. frohr@uol.com.br
[c] Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. charles.tesser@ufsc.br

Introdução

Nos últimos dez anos, a integralidade tem sido um tema frequente de pesquisas na educação profissional em saúde[1-7]. Reconhecida como imagem-objetivo ou ideal regulador[8] dentre os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, tem se destacado por apontar o resgate das dimensões subjetivas e sociais como constitutivas do saber-fazer em saúde. Este potencial torna a busca pela integralidade um dispositivo que tem mobilizado mudanças curriculares e experiências inovadoras na educação profissional em saúde, envolvendo, sobretudo, a integração, aos conteúdos e metodologias de ensino-aprendizagem, de teorias e práticas que resgatem: as experiências dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, suas histórias de vida, afetos, projetos pessoais e coletivos, além da análise e intervenção em torno dos determinantes históricos, sociais e políticos do processo saúde-doença[5,6]. Um destes recursos na direção da integralidade, e objeto principal do presente estudo, é a inserção das racionalidades médicas alternativas e complementares na formação médica[9-11].

Racionalidade médica é uma ferramenta conceitual desenvolvida por Luz como um tipo ideal weberiano[12]. Trata-se de uma categoria que representa um modelo teórico que reúne os elementos fundamentais para o reconhecimento de um sistema médico complexo e singular. Uma racionalidade médica é um conjunto articulado de saberes e práticas que possuem seis dimensões interligadas: uma morfologia (equivalente à anatomia na racionalidade biomédica); uma dinâmica vital (fisiologia); uma doutrina médica (explicativa do que seria saúde, doença e a origem destas condições); um sistema diagnóstico; um sistema terapêutico; e uma cosmologia, sexta dimensão que apresenta a visão de mundo que fundamenta as dimensões anteriores[13]. Já foram identificadas, por Luz e colaboradores, cinco racionalidades médicas: a biomedicina ou medicina ocidental contemporânea, que ocupa uma posição hegemônica diante das demais na atualidade; a homeopatia; a medicina tradicional chinesa; a medicina ayurvédica; e, mais recentemente, a medicina antroposófica[14, 15].

Segundo Tesser e Luz[13], racionalidades médicas ditas alternativas, complementares e/ou integrativas, como a homeopatia, medicina chinesa e ayurvédica, favorecem de forma particular a integralidade no trabalho em saúde. Nestas racionalidades, a integralidade é um pressuposto e princípio articulador de seus saberes e práticas. São próprias da expertise de seus profissionais ferramentas diagnósticas, terapêuticas e de interação médico-paciente que traduzem, na prática, este princípio, tais como: a interdependência entre as dimensões psíquicas, espirituais e orgânicas do processo saúde-adoecimento; a imprescindibilidade de compreender e interagir simbolicamente, na perspectiva de suas cosmologias, com aspectos importantes da história de vida do doente, seu contexto cultural e social; o uso de tratamentos que busquem um equilíbrio dinâmico entre o microcosmo humano e o macrocosmo universo, entre outros. No caso da medicina ocidental contemporânea ou biomedicina, a integralidade se apresenta como uma necessidade *a posteriori*, para superar consequências derivadas de sua compreensão mecanicista do processo de adoecimento e da terapêutica, entre as quais: a excessiva instrumentalização das práticas de saúde, o empobrecimento das relações entre profissionais e pacientes, e a fragmentação da abordagem em múltiplas especialidades e profissões.

Neste trabalho, desenvolvemos uma pesquisa teórica em torno de possíveis contribuições da medicina antroposófica (MA), racionalidade médica recentemente analisada por Luz e Wenceslau[15], para a integralidade na educação médica. Analisaram-se as obras seminais da medicina antroposófica: os cursos oferecidos por seu fundador Rudolf Steiner para médicos e estudantes de medicina[16-18] e outros abertos ao público geral sobre temas médicos[19,20]. Estes cursos foram o marco inicial da trajetória desta racionalidade e contêm indicações não apenas para o desenvolvimento da diagnose e da terapêutica neste sistema quanto, também, para a própria formação médica. A medicina antroposófica se apresenta de forma complementar à medicina científica ocidental contemporânea e, no Brasil, é reconhecida como prática médica. Integra, também, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e está presente no Sistema Único de Saúde, especialmente, nos estados de Minas Gerais e São Paulo[21].

A abordagem adotada para o presente estudo é a hermenêutica filosófica, mais especificamente, a proposta desenvolvida por Gadamer em sua obra *Verdade e Método I*[22]. Analisando, especialmente, os trabalhos de Schleiermacher e Hegel sobre as possibilidades da compreensão de uma obra, Gadamer destaca a realização de duas tarefas hermenêuticas fundamentais: a *reconstrução* e a *integração*[22]. A

reconstrução, enfatizada por Schleiermacher, é o esforço para recompor, com a maior fidelidade possível, o estado original de criação da obra em questão, alcançando as ideias e intenções do autor que perpassam seu texto. Em Hegel – e Gadamer irá se vincular a esta posição –, a reconstrução é parte da hermenêutica, mas não deve se encerrar nesta etapa. Uma reconstrução perfeita do passado no presente, pelos próprios limites da condição histórica humana, nos é impossível. Todavia a tarefa principal da compreensão na perspectiva hegeliana é a mediação entre o passado e o presente, denominada *integração*. Nessa abordagem, apreender o sentido de uma obra não é restringi-la a uma época distante ou obsoleta, mas trazer à tona as diferenças e filiações entre o pensamento atual e o da tradição. Compreender o passado implica perguntar pelo que caracteriza nossa condição atual e estabelecer, inevitavelmente, novos horizontes de possibilidade para o presente.

Assim, adotou-se, para o presente estudo, uma divisão em duas etapas. Num primeiro momento, apresentamos uma síntese das principais indicações de Steiner para a formação e a prática médica, como estratégia para responder à tarefa da *reconstrução*. Em seguida, ensaiamos uma mediação entre as posições de Steiner e questões que permeiam um ensino médico pautado pela integralidade, tentando lograr, assim, os objetivos de uma *integração*.

Uma ampliação da arte de curar

Dentro dos limites de um artigo, optou-se por sistematizar as sugestões de Steiner em quatro proposições síntese. Estas proposições expressam conteúdos que, recorrentemente, eram abordados em suas palestras e cursos sobre saúde e medicina, variando, todavia, os exemplos que utilizava para demonstrar sua aplicação prática.

Primeira proposição

O modelo de ciência hegemônico é insuficiente para o aprendizado de uma medicina que aborde o ser humano em sua integralidade, e se faz necessário desenvolver uma proposta nova de abordagem científica que amplie a atual e favoreça, na formação médica, uma compreensão integral das condições de saúde e adoecimento.

A principal crítica de Steiner à medicina científica moderna é sua restrição à análise das informações obtidas apenas pelos sentidos físicos[19]. Para melhor compreender o sentido desta crítica levantada pelo fundador da antroposofia, é necessária uma breve contextualização de seu momento histórico-cultural. Steiner viveu entre 1861 e 1925, tendo iniciado, em 1882, sua primeira atividade profissional como editor da obra científica do poeta alemão Johann Wolfgang von Goethe[23]. Este período de, aproximadamente, quatro décadas em que desenvolveu sua ampla e pluritemática atividade intelectual, artística e social, foi fortemente marcado, no mundo acadêmico, por um debate epistemológico clássico entre posições materialistas e idealistas[24]. Enquanto materialistas defendiam que o conhecimento deveria advir apenas da pesquisa dos fenômenos captados pelos sentidos físicos, idealistas afirmavam que o conhecimento e realidade são experiências do espírito humano e que sua compreensão autêntica só seria possível por um estudo não empírico, reflexivo e filosófico deste universo subjetivo humano, visto não se tratar de algo verificável com os sentidos físicos. Steiner se posicionou como idealista objetivo[23], postulando que, apesar de não ser possível um estudo da dimensão espiritual tanto do mundo humano quanto do mundo natural apenas com os sentidos físicos, seria possível o desenvolvimento de uma via de conhecimento complementar ao mesmo tempo espiritual e objetiva[25]. Baseou-se, para isso, nos estudos da natureza de Goethe[26], para quem, através da observação sem julgamentos e disciplinada do mundo físico, é possível reconhecer, de forma intuitiva e para além das expressões singulares, os fundamentos espirituais arquetípicos da realidade. Tomando estes princípios como base de suas pesquisas, Goethe desenvolveu estudos nas áreas de mineralogia, osteologia, óptica e botânica[27,28]. Destacam-se, entre seus apontamentos: a descoberta do osso intermaxilar humano, sua doutrina das cores[29], distinta da teoria newtoniana, e sua análise sobre o desenvolvimento das plantas a partir de um tipo primordial, publicada na obra *A Metamorfose das Plantas*[30,31].

Steiner ampliou o método de Goethe, levando esta metodologia também para os campos da arte, da filosofia, da psicologia, da história, da antropologia, elaborando uma abordagem própria, com traços particulares: a antroposofia[26,32]. Ao aplicar estes princípios a questões relativas à saúde e adoecimento do ser humano e possíveis intervenções terapêuticas, fundou a medicina antroposófica[33].

Cabe salientar que Steiner não se colocou como opositor dos resultados e dos métodos de pesquisa da medicina científica, apenas os considerou parciais e insuficientes para o desenvolvimento de ofertas terapêuticas adequadas para o ser humano como um todo, já que este também possui uma dimensão ou qualidade espiritual[(d)19]. O espírito é descrito como elemento que possibilita tanto uma experiência de conhecimento que toma os próprios pensamentos e ideias como objetos de estudo quanto um agir livre e em coerência com o conhecimento adquirido sobre sua natureza e o mundo[36].

[(d)] O reconhecimento de uma dimensão espiritual como constituinte da saúde é um tema atual e objeto de um número crescente de pesquisas e práticas, a partir de várias perspectivas epistemológicas[34]. Sua inclusão nas estratégias governamentais de atenção à saúde tem sido recomendada pela Organização Mundial de Saúde desde 1984[35].

Segunda proposição

As condições humanas de saúde e adoecimento podem – com base nos resultados desta abordagem científica ampliada – ser estudadas com uma chave interpretativa de três sistemas – trimembração – e quatro corpos – quadrimembração.

Esta proposição reúne os fundamentos da compreensão antroposófica das condições de saúde e adoecimento: a trimembração[19,37] e a quadrimembração[19,35,38]. Steiner elaborou uma análise da fisiologia humana, em que descreve dois conjuntos de elementos que explicam a dinâmica de funcionamento do organismo[39]. O primeiro conjunto é designado trimembração, e vincula o funcionamento dos diversos órgãos do corpo humano a três sistemas: o sistema neurossensorial, relacionado às atividades neurofisiológicas de percepção e consciência; o sistema metabólico-motor, associado ao movimento e à digestão de nutrientes; e o sistema rítmico, que possui, de forma equilibrada, características dos dois outros sistemas. Os sistemas não são uma fragmentação do organismo, pelo contrário, podem-se observar as três qualidades em todas as células e tecidos do corpo humano, todavia, elas podem predominar uma sobre a outra, havendo órgãos e regiões mais neurossensoriais, rítmicas ou metabólicas[20].

O segundo conjunto de qualidades é designado quadrimembração e é utilizado para reunir padrões qualitativos da realidade denominados, por Steiner, como corpos, mas que, também, têm sido referidos, nos textos antroposóficos, como organizações ou níveis. Na visão antroposófica, o ser humano é constituído por quatro corpos: o corpo físico, que traduz a materialidade e pelo qual estamos submetidos às leis da física e da química; o corpo etérico, que responde pela condição de sermos um organismo vivo e pelos processos relacionados à vida, como crescimento e reprodução; o corpo astral, que é responsável pelo estado de vigília, pela formação de um universo singular de sensações e reações que interage com o mundo ao seu redor; e a organização do eu, que propicia, ao ser humano, a experiência de autoconsciência e de poder agir de forma não condicionada, isto é, livre[38].

A saúde, na antroposofia, é propiciada por um equilíbrio dinâmico destes três sistemas e quatro corpos, que estão imbricados no ser humano. O adoecimento é um processo de desequilíbrio em que os padrões qualitativos de cada um destes sistemas interferem-se de forma a gerar desarmonia[33]. Por exemplo, a enxaqueca é interpretada por Steiner como um excesso de forças metabólicas numa região em que prevalece o sistema neurossensorial, a cabeça[19].

Terceira proposição

Esta nova abordagem científica também pode ser utilizada para o ensino-aprendizado de novos tratamentos que resultam de uma relação mais harmônica entre ser humano e natureza

A terceira proposição síntese se refere às possibilidades terapêuticas que surgem a partir deste olhar ampliado para o processo saúde-adoecimento. "Nosso entendimento da natureza de uma doença deve ser capaz de nos fornecer *insights* do processo de como curá-la," afirma Steiner[16]. Na visão antroposófica, estes padrões qualitativos que associam tendências de catabolismo *vs.* anabolismo, crescimento *vs.* atrofia, consciência *vs.* inconsciência, entre outros, não estão presentes apenas no ser humano, mas em toda a natureza. O ser humano é um microcosmo dentro de um macrocosmo e ambos partilham dos mesmos princípios formadores[15]. Logo, podem-se pesquisar, no mundo natural, elementos em que estejam presentes qualidades ou características desequilibradas no organismo humano. Um exemplo frequentemente citado por Steiner[19,40] é a relação entre os segmentos principais de uma planta – raiz, folha e flor/fruto – e os três sistemas – neurossensorial, rítmico e metabólico-motor. Dessa forma, por exemplo, são usadas partes diferentes de uma planta, como a camomila, com finalidades diferentes: como calmante para estados de ansiedade, estaria indicado o chá da raiz da camomila, enquanto como medicamento para cólicas, a compressa morna com flores de camomila no abdômen[41].

Quarta proposição

A metodologia científica proposta demanda um trabalho introspectivo do profissional, e a apropriação pessoal desta metodologia científica está impreterivelmente imbricada com o desenvolvimento de certas qualidades morais.

A quarta e última proposição síntese remete ao processo educativo necessário para desenvolver um saber-fazer médico em coerência com esta compreensão ampliada. Para Steiner, além de uma educação científica convencional, o profissional deve desenvolver este olhar fenomenológico para a natureza e o ser humano[17]. A primeira prática que indica com esta finalidade é a de uma observação contemplativa, disciplinada e o mais rica de detalhes possível, seja de um determinado fenômeno ou elemento da natureza, seja dos próprios processos fisiológicos e psíquicos humanos. Seguindo as orientações de Goethe para a pesquisa da natureza, uma dedicação a este tipo de exercício, aos poucos, permite ao observador a contemplação de uma imagem que traduz as qualidades fundamentais do fenômeno em questão, e, por via analógica, é possível estabelecer propostas terapêuticas. A segunda prática apontada por Steiner é a de concentração da atenção em determinadas imagens indicadas por ele através de frases ou conjuntos de versos, que tem por objetivo fortalecer a capacidade cognitiva ampliada do seu praticante[17]. Em semelhança a tradições filosóficas orientais[42], ele designa este tipo de prática como meditação. Um destaque importante dado por Steiner ao fazer estas indicações é o de que estes exercícios implicam não só uma compreensão desta dimensão espiritual da realidade, mas o desenvolvimento de uma atitude moral de admiração e dedicação tanto à natureza quanto ao microcosmo humano. O médico ou estudante de medicina engendram uma atitude de compromisso pessoal com a busca do melhor cuidado possível para o paciente, na medida em que reconhecem nele não apenas um conjunto de reações bioquímicas, mas a presença de uma individualidade que expressa, de forma misteriosa, um reflexo de todo o universo.

Quão viável é a alteridade epistemológica na educação médica?

Como apontado anteriormente, a segunda tarefa do exercício hermenêutico é a integração, isto é, uma reflexão em torno das possíveis contribuições que a obra de um autor, mesmo tendo sido elaborada décadas ou séculos atrás, pode trazer para questões significativas do presente[22]. Esta tarefa, na abordagem gadameriana, tem como principal objetivo estabelecer um diálogo com o texto em questão. Para isso, um dos recursos possíveis é explorar as perguntas que o autor pretendeu responder com sua obra, mais do que uma crítica direta de suas sugestões. Esta segunda alternativa metodológica teria um

potencial muito pequeno de contribuição para o presente, visto que a dimensão histórica da experiência humana a torna sempre condicionada ao passado, ao contexto vivido pelo autor, às respostas que encontrou. Neste estudo, cabe o questionamento: quais as perguntas em que se alicerçam as proposições síntese que elaboramos a partir da obra médica de Rudolf Steiner?

Ao lançar os fundamentos de uma medicina ampliada pela antroposofia, Steiner expressou, diversas vezes, que se preocupava com a elaboração de ofertas terapêuticas cada vez mais eficazes para o sofrimento humano físico e mental. Para este filósofo austríaco, todavia, uma resposta a esta preocupação, que deve ou, ao menos, deveria permear qualquer processo de investigação ou educação em medicina, dependia da inclusão de dimensões do humano que não são reduzíveis ou traduzíveis apenas em termos materiais e quantitativos. Assim como Freud, Husserl e Dilthey, citando exemplos clássicos nesta busca, Steiner tentou desenvolver uma teoria e um método de investigação da realidade adequados às questões do espírito humano[43]. Todavia sua singularidade diz respeito a desenvolver um método único tanto para o espírito humano quanto para o mundo natural, por tomar, à semelhança de filosofias orientais, o holismo como princípio organizativo da realidade. Na cosmovisão antroposófica, toda realidade material expressa uma espiritual, ou como dito por Goethe: "a matéria não existe nem pode ser eficaz nunca sem o espírito, nem o espírito sem a matéria"[28]. À época de Steiner, e de certa forma até os dias atuais, uma saída encontrada para os impasses entre materialismo *vs.* idealismo, objetivismo *vs.* subjetivismo nas ciências foi a de apontar métodos específicos para a pesquisa em ciências humanas (qualitativos) e outros para as ciências naturais (quantitativos). A saúde e o adoecimento eram, no entanto, desde a medicina hipocrática, um tema de pesquisa em que essa delimitação não se apresentava tão simples de apontar.

No entanto, justamente as primeiras décadas do século XX indicaram uma direção para a pesquisa e a produção do conhecimento em medicina, a da exclusão progressiva das humanidades de seu conjunto de saberes próprios, e a hegemonia de um modelo de produção de conhecimento baseado na objetividade de dados mensuráveis e quantificáveis[44]. Assim, a posição de Steiner questiona dois alicerces importantes que predominam até a atualidade na produção de conhecimento em medicina: a necessidade de usar métodos de pesquisa distintos para o universo das ciências humanas e ciências naturais e, consequentemente, a hegemonia dos métodos das ciências naturais na pesquisa em medicina. Sendo assim, cabe problematizar o que um posicionamento aparentemente tão anacrônico para nossa compreensão de ciência, como o de Steiner, pode contribuir para a integralidade na educação médica.

Segundo Fleck, Kuhn e Feyerabend, o lugar que uma determinada concepção de conhecimento ocupa entre os intelectuais de uma sociedade não é determinado cientificamente[13,45,46]. Ele resulta de consensos que se estabelecem, fundamentalmente, mediante relações de poder que envolvem valores, interesses e prioridades – vitoriosos ou perdedores – de uma determinada época, que envolvem não apenas os intelectuais, mas outros indivíduos e grupos que também concentrem força política e econômica. Esta compreensão nos permite analisar que a hegemonia da ciência moderna não lhe é inata, mas depende de sua capacidade – enquanto método de intervenção na realidade – de atender determinados interesses valorizados no presente. O predomínio da ciência e de um determinado modo de se fazer ciência como base do conhecimento médico é, nesta perspectiva, algo passível de questionamento, especialmente desde uma perspectiva de análise das estruturas de poder que fundamentam este predomínio[47]. Esta crítica abre espaço para que possamos pensar de que maneira outros métodos que se propõem como científicos, tais como a antroposofia de Steiner, ainda que não gozem de reconhecimento ou de espaço diante do *status quo* científico, poderiam contribuir para a educação médica, especificamente na perspectiva da integralidade.

No debate em torno da integralidade na formação dos profissionais de saúde, reconhece-se a insuficiência de um modelo de ciência mecanicista, restrito apenas a informações mensuráveis e controláveis, como base cognitiva da formação dos profissionais de saúde[3]. Todavia, por já partirem da cisão entre ciências naturais e humanas, isto é, de uma compreensão de traços cartesianos, dividindo *res cogitans* da *res extensa*, e não holista da realidade, a opção mais frequentemente adotada é a da interdisciplinaridade, isto é, a da percepção de uma questão do processo saúde-adoecimento na perspectiva de diversos métodos de conhecimento (das ciências humanas ou naturais) que podem *a*

posteriori se unir para montar um quadro o mais integral possível daquela situação[13]. Concepções holistas, como a da medicina antroposófica e outras racionalidades médicas, abrem espaço para perceber a realidade como inseparável da nossa própria experiência do mundo. Tal possibilidade tem sido trazida ao debate científico contemporâneo por autores como Varela e Maturana, dentre outros, cuja postura epistemológica foi designada como *coconstrutivista*, por apontar que "os seres vivos e nós homens co-criamos um mundo na nossa interação com a natureza, que [...] conosco se transforma"[48].

O ensino de uma racionalidade médica alternativa e complementar, como a antroposofia, abre esta possibilidade de abordagem da integralidade na formação médica: a do ensino-aprendizado de formas holistas de se compreender e interagir com o processo saúde-adoecimento. A inclusão dos fundamentos teóricos e do ensino prático de uma racionalidade médica alternativa e complementar, como a medicina antroposófica, tem como primeira consequência prática a ampliação da valise de ferramentas do médico, com a inclusão de outros recursos de comunicação interpessoal com o paciente, de diagnóstico e de terapêutica, que não sejam próprios da racionalidade biomédica. No caso da medicina antroposófica, poderíamos citar a inclusão de uma anamnese orientada pelas condições e inter-relações entre os quatro corpos e os três sistemas[37], da perspectiva do adoecer dentro de um sentido existencial para o paciente mediante a abordagem biográfica dos setênios[49], dos medicamentos antroposóficos, da massagem rítmica, da terapia artística, entre outros. À semelhança do que foi avaliado para a homeopatia[50,51], estas ferramentas têm tido seu potencial especialmente destacado no sentido de ampliarem a integração da subjetividade de médicos e pacientes no trabalho em saúde, tornando a medicina mais do que uma ciência das doenças, um conjunto de saberes em prol do cuidado das pessoas.

Pode-se observar, no entanto, que uma racionalidade médica complementar não sinaliza apenas um caminho para acrescentar retoques de humanização à biomedicina ou dar respostas para quadros patológicos diante dos quais esta racionalidade hegemônica seja pouco eficiente. Este ensino é a possibilidade de descoberta, por parte do estudante, de que há formas profundamente diferentes de se pensar, se validar e se fazer medicina, e que, por razões políticas, históricas, éticas, uma delas hoje é hegemônica, mas isto não significa que uma seja, necessariamente, a verdadeira e melhor diante das outras. Esse *status* é dado a uma delas por razões não científicas. Experimentar que existem formas diversas de se fazer medicina representa um caminho epistemologicamente e eticamente distinto daquele que tem sido adotado ao se somarem disciplinas das ciências humanas e sociais e das próprias racionalidades integrativas para suprir o vazio de subjetividade deixado pelo modelo biomédico. Enquanto, neste caminho, o núcleo do saber-fazer médico continua sendo o biomédico, que se tenta remendar de diversas formas, na outra perspectiva, este núcleo é questionado por sistemas médicos complexos, com sua própria tradição de legitimação de verdades.

William Perry, psicólogo da Universidade de Harvard, foi pioneiro em pesquisar, entre as décadas de 1950 e 1960, as relações entre posturas cognitivas e éticas na educação de estudantes universitários. Seus estudos[52] – e pesquisas posteriores seguiram revalidando seus principais achados[53] – apontaram que estudantes que conseguem integrar, ao seu modo de compreender o conhecimento e a ciência, diversas formas de ver o mundo, reconhecendo suas qualidades e suas limitações, se apresentam também menos dualistas e reducionistas do ponto de vista moral. Também as situações opostas se associavam: alunos que se mantinham presos em apenas uma abordagem epistemológica tendiam a ser mais rígidos e ter dificuldades nas suas relações interpessoais com colegas e professores. Assim, o reconhecimento e a inserção de uma racionalidade alternativa no ensino médico, respeitando-se sua alteridade, pode abrir certos questionamentos para o estudante de medicina: a única forma de elaborar o conhecimento e as práticas médicas é a ciência contemporânea? O que torna um conhecimento científico? O que traz hegemonia a um determinado modo de se fazer ciência? Existem outras formas de fazer ciência e de produzir conhecimento sobre o adoecer, o cuidar e o curar? Quais seus limites e potencialidades?

Estes apontamentos propõem que a contribuição fundamental de uma prática integrativa ou racionalidade médica não se encontra somente na utilidade de suas ferramentas comunicativas, interpretativas (diagnósticas) e terapêuticas, mas, também, no seu potencial de mostrar que existem formas holísticas e complexas e, atualmente, marginalizadas de se fazer medicina. Seus métodos e

conteúdos podem e devem ser analisados criticamente, em termos dos resultados possibilitados, dos seus limites e insucessos, dos vieses que apresentam, dos valores e princípios que as orientam, estabelecendo diálogos entre as racionalidades e favorecendo, assim, uma reflexão sobre os elementos que sustentam as matrizes ético-epistemológicas na medicina. A integração de ferramentas alternativas não estaria orientada somente por critérios de eficácia e de resolutividade (variáveis conforme as racionalidades médicas), mas, também, pela abertura à multiplicidade de possibilidades de cuidar de um ser humano doente e pela importância de se manter esta abertura como critério que sustente a medicina como atividade humana, não totalizadora ou homogeneizante[54].

Estas considerações, tecidas a partir da primeira proposta síntese obtida dos textos de Steiner, abrem espaço para que possamos analisar as demais. Cada uma delas se apresenta como uma possibilidade, para que sejam experimentadas, pelos estudantes, outras formas de abordar questões essenciais do processo formativo em medicina.

A segunda proposição nos indica uma via para compreender os fundamentos do funcionamento dos órgãos e sistemas do corpo humano, nos estados de saúde e adoecimento, numa perspectiva integrativa, através das chaves interpretativas da trimembração e da quadrimembração. A terceira proposição nos propõe a analogia e uma leitura antroposófica da relação homem-natureza como base para a pesquisa e orientação de novos tratamentos. A quarta e última proposição síntese descreve um caminho para o amadurecimento psíquico e moral do estudante de medicina através de práticas meditativas que são indissociáveis do seu aprendizado cognitivo. Cada uma destas proposições representa uma via possível, dentro de um sistema médico complexo e singular, para responder a perguntas frente às quais uma abertura à multiplicidade de respostas é fundamental para a formação do futuro médico: o que é saúde? O que caracteriza um estado de adoecimento? Como posso encontrar uma forma de interromper ou, ao menos, abrandar aquele estado de sofrimento orgânico ou psíquico? Como subjetivo-objetivo, mente-corpo, homem-cosmos relacionam-se neste processo? Como posso me preparar para os desafios psíquicos e morais que este aprendizado e o exercício desta profissão irão me exigir?

Assim, nesta análise, devido ao referencial hermenêutico gadameriano, optou-se por não se delinear vantagens e desvantagens específicas das técnicas diagnóstico-terapêuticas antroposóficas. Em vez disso, por meio de uma investigação mais focada em seu conteúdo, foi possível constatar que a medicina antroposófica tem um grande potencial para questionar os fundamentos epistemológicos e éticos da biomedicina, em condições muito diretas de diálogo, e servir de alternativa, contribuindo, assim, para uma formação médica mais plural, dialógica e polifônica, e, por isso, mais humana. Aproveitar esse potencial constitui uma opção mais ética e política do que propriamente científica.

Considerações finais

Dentro da proposta hermenêutica deste artigo, apontamos questões importantes para uma análise crítica das possíveis contribuições que o ensino de uma racionalidade alternativa e complementar, como a medicina antroposófica, pode ter na formação médica. Não se objetivou afirmar particularidades da medicina antroposófica que a tornem um conteúdo curricular obrigatório, mas trazer à tona algumas possibilidades de ampliação para a formação médica com este ensino. Sabe-se da solidez política e econômica de que goza a hegemonia do modelo biomédico, e não parece adequado defender que outras racionalidades médicas, ao se somarem a ele, gozem futuramente do posto de uma neo-hegemonia integrativa. A força da alteridade trazida por um saber-fazer, como a medicina antroposófica, se encontra em buscar brechas para a sobrevivência da pluralidade epistemológica.

A integralidade, enquanto horizonte formativo dos estudantes de medicina, pode também ser entendida enquanto a coexistência entre diversos modos de *andar a vida* em saúde, sendo o ensino das racionalidades não biomédicas, como a medicina antroposófica, um caminho extremamente potente para abrir a formação a este sentido.

Colaboradores

O autor Leandro David Wenceslau participou de todas as etapas da elaboração do artigo. Os autores Ferdinand Röhr e Charles Dalcanale Tesser participaram igualmente da definição da metodologia, discussão dos resultados, conclusões e revisão do texto.

Referências

1. Azevedo GD, Vilar MJP. Educação médica e integralidade: o real desafio para a profissão médica. Rev Bras Reumatol. 2006; 46(6):407-9.

2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1400-10.

3. Lampert JB. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. Cad ABEM [Internet]. 2004 [acesso 2012 Ago 3], 1. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno1/ jadete_final.pdf

4. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. Cienc Saude Colet. 2007; 12(2):335-42.

5. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2005.

6. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesq, Abrasco; 2006.

7. Pinheiro R, Ferla AA, Silva Junior AG. A integralidade na atenção à saúde da população. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGCA, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.269-83.

8. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p.39-64.

9. Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011.

10. Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. O ensino das práticas não convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. Rev Bras Educ Med. 2004; 28(1):51-60.

11. Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. Homeopathy and acupuncture teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: the undergraduate's attitudes. São Paulo Med J. 2005; 123(2):77-82.

12. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Cad Sociol. 1995; 7:109-28.

13. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Cienc Saude Colet. 2008; 13(1):195-206.

14. Luz MT, Barros NF, organizadores. Racionalidades e práticas integrativas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012.

15. Luz MT, Wenceslau LD. A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: Luz MT, Barros NF, organizadores. Racionalidades e práticas integrativas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012. p.185-216.

16. Steiner R. Introducing anthroposophical medicine: twenty lectures held in Dornach, Switzerland. March 21 - April 9, 1920. Great Barrington: Steiner Books Anthroposophic Press; 1999.

17. Steiner R. Considerações meditativas e orientações para o aprofundamento da arte médica. São Paulo: João de Barro; 2006.

18. Steiner R. Fisiologia e terapia: baseadas na ciência espiritual. São Paulo: João de Barro; 2009.

19. Steiner R. The healing process: spirit, nature and our bodies: lectures August 28, 1923 – August 29, 1924, in various cities. Hudson: Anthroposophic Press; 1999.

20. Steiner R. A fisiologia oculta: aspectos supra-sensíveis do organismo humano: elementos para uma medicina ampliada. 4a ed. São Paulo: Antroposófica; 2007.

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Politica Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

22. Gadamer H. Verdade e método I. 10a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

23. Steiner R. Minha vida – Rudolf Steiner: a narrativa autobiográfica do fundador da Antroposofia. São Paulo: Antroposófica; 2006.

24. Steiner R. The riddles of philosophy. Spring Valley: The Anthroposophical Press; 1973.

25. Steiner R. O conhecimento dos mundos superiores: a iniciação. 7a ed. São Paulo: Antroposófica; 2010.

26. Steiner R. O método cognitivo de Goethe: linhas básicas para uma gnosiologia da cosmovião goetheana. São Paulo: Antroposófica; 2004.

27. Goethe JW. Máximas e reflexões. 2a ed. Lisboa: Guimarães Editores; 1992.

28. Goethe JW. Teoría de la naturaleza. Madrid: Editorial Tecnos; 1997.

29. Goethe JW. Doutrina das cores. São Paulo: Nova Alexandria; 1993.

30. Goethe JW. A metamorfose das plantas. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda; 1993.

31. Steiner R. Goethe's world view. Spring Valley: Mercury Press; 1985.

32. Steiner R. A obra científica de Goethe. São Paulo: Antroposófica; 1984.

33. Steiner R, Wergman I. Elementos fundamentais para uma ampliação da arte de curar. São Paulo: Antroposófica; 2007.

34. Koenig HG, King DE, Carson VB, organizadores. Handbook of religion and health. 2a ed. New York: Oxford University Press; 2012.

35. El Awa F. The role of religion in tobacco control interventions. Bull World Health Organ. 2004; 82(12):894.

36. Steiner R. A filosofia da liberdade: fundamentos para uma filosofia moderna - resultados com base na observação pensante, segundo o método das ciências naturais. São Paulo: Antroposófica; 2000.

37. Moraes WA. Medicina antroposófica: um paradigma para o século XXI - as bases epistemológicas da medicina ampliada pela antroposofia. São Paulo: ABMA - Associação Brasileira de Medicina Antroposófica; 2005.

38. Steiner R. Teosofia: introdução ao conhecimento supra-sensível do mundo e do destino humano. 7a ed. São Paulo: Antroposófica; 2004.

39. Luz MT, Wenceslau LD. Goethe, Steiner e o nascimento da arte de curar antroposófica no início do século XX. Rev Crit Cienc Soc. 2012; 98:85-102.

40. Steiner R. Pontos de vista da ciência espiritual para a medicina: 2º curso para médicos e estudantes de medicina. São Paulo: João de Barro; 2008.

41. Gardin N, Schleier R. Medicamentos antroposóficos: vademecum. São Paulo: João de Barro; 2009.

42. Goleman D. A mente meditativa: as diferentes experiências meditativas no oriente e no ocidente. 5a ed. São Paulo: Ática; 1997.

43. Wilson C. Rudolf Steiner: o homem e sua visão. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

44. Camargo Júnior KR. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.

45. Feyerabend P. Adeus à razão. São Paulo: Ed. Unesp; 2010.

46. Tesser CD. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(1):98-104.

47. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Júnior KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Cienc Saude Colet. 2006; 11(4):1093-103.

48. Tesser CD, Luz MT. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. Cienc Saude Colet. 2002; 7(20):363-72.

49. Burkhard GK. Tomar a vida nas próprias mãos: como trabalhar na própria biografia o conhecimento das leis gerais do desenvolvimento humano. São Paulo: Antroposófica; 2000.

50. Lacerda A, Valla V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas sem saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco; 2003. p.169-96.

51. Teixeira MZ. Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(3):465-74.

52. Perry WG. Forms of intellectual and ethical development in the college years: a scheme. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.

53. Marchand H. Desenvolvimento intelectual e ético em estudantes do ensino superior - implicações pedagógicas. Sísifo. 2008; 7:9-18.

54. Tesser CD. Três considerações sobre a "má medicina". Interface (Botucatu). 2009; 13(31):273-86.

Wenceslau LD, Röhr F, Tesser CD. Contribuciones de la medicina antroposófica a la integralidad en la educación médica: una aproximación hermenéutica. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):127-38.

El objetivo de este trabajo es señalar posibles contribuciones de la obra del fundador de la medicina antroposófica, Rudolf Steiner, a la integralidad en la educación médica. Se trata de un estudio hermenéutico, conforme señalado por Gadamer, de los cursos y conferencias dictados por Steiner sobre medicina. Se presentan cuatro propuestas síntesis de su pensamiento: (1) una crítica al modelo de ciencia materialista que se puede ampliar a partir de una fenomenología goetheana; (2) la trimembración y cuadrimembración antroposóficas como claves interpretativas del proceso salud-enfermedad (3) la integración entre ser humano y naturaleza como fundamento de investigación de nuevos tratamientos; y (4) el vínculo entre desarrollo moral y formación técnico-científica en la educación médica. Los límites y potencialidades de estas propuestas se analizan bajo la perspectiva de la viabilidad de una pluralidad epistemológica en los conocimientos y prácticas en medicina.

Palabras clave: Educación médica. Integralidad. Hermenéutica. Steiner. Antroposofía.

Recebido em 04/09/13. Aprovado em 10/11/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0708

Humanidades e humanização em saúde:
a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde

Carina Camilo Lima[a]
Soemis Martinez Guzman[b]
Maria Auxiliadora Craice De Benedetto[c]
Dante Marcello Claramonte Gallian[d]

Lima CC, Guzman SM, De Benedetto MAC, Gallian DMC. Humanities and humanization in healthcare: the literature as a humanizing element for health science undergraduates. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):139-50.

This paper presents the results from a research project in which the main objective was to ascertain the benefits of including the Humanities Laboratory (LabHum) of the Center for History and Philosophy of Health Sciences (CeHFi), Federal University of São Paulo (Unifesp) as an elective discipline for promoting humanization in the context of medical and nursing students. The course focused on reflections from reading classics from the literature. Qualitative methods based on hermeneutic phenomenology were used. The results pointed towards the idea that literature enables deflagration of "interpellative experiences", i.e. moments of self-reflection that are capable of touching and educating to the point at which changes to vision and attitudes are incorporated naturally into the daily routine, so as to promote humanization.

Keywords: Literature. Humanization. Health education.

Este artigo apresenta os resultados de um projeto de pesquisa cujo principal objetivo foi verificar os benefícios da inclusão do Laboratório de Humanidades (LabHum) do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) como disciplina eletiva para a promoção da humanização no contexto de graduandos da área da saúde (Medicina e Enfermagem). A disciplina foi enfocada na reflexão a partir da leitura de clássicos da literatura. Foram adotados métodos qualitativos fundamentados na Fenomenologia Hermenêutica. Os resultados apontaram para a ideia de que a literatura propicia a deflagração de "acontecimentos interpelativos", ou seja, momentos de autorreflexão capazes de tocar o educando a ponto de que mudanças de visão e atitudes se incorporem naturalmente ao seu dia a dia, promovendo a humanização.

Palavras-chave: Literatura. Humanização. Educação em saúde.

[a] Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Botucatu, 740, 4º andar, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04024-002. carina.lima.c@gmail.com
[b-d] Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CEHFi), Unifesp. São Paulo, SP, Brasil. soemisbio@yahoo.com; macbet@sobramfa.com.br; dante.cehfi@epm.br

Introdução

Humanização e formação em Saúde

O termo humanização comporta uma gama de acepções e, também, implica controvérsias. No entanto, quando se fala em desumanização, sucede o contrário. Parece que todos compreendem seu significado, quer seja de uma forma intuitiva ou quer seja por terem sofrido as suas consequências em alguma esfera de suas vidas. Já Ortega y Gasset[1], em 1925, chamava a atenção para a desumanização que se verificava na nova arte que então surgia, a qual deixou de ilustrar os dramas e as paixões da vida humana e passou a permitir que os artistas adaptassem suas abstrações para exprimirem seus sentimentos. Defendia a ideia de que uma arte que propôs uma obra puramente estética e que, portanto, afastou-se da figura humana seria aceita apenas por determinado tempo, por uma minoria constituída de artistas ou adeptos do puro prazer estético. Para o autor, não é possível que um objeto estético desvinculado da vida das pessoas seja entendido como objeto de pura criação artística; e desvincular a vida pessoal e social do artista de sua criação não teria êxito para a criação de uma arte pura. Em outro âmbito, porém de forma semelhante, o ser humano doente e, portanto, fragilizado necessita, mais do que qualquer outra pessoa, ser contemplado em sua totalidade, ou seja, em seus aspectos: físico, mental, emocional, social, cultural e espiritual[1].

Em nosso país, a experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços demonstraram que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Uma pesquisa de opinião pública conduzida pelo Ministério da Saúde do Brasil demonstrou que, na avaliação dos usuários, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais e a falta de medicamentos[2]. Essa avaliação inicial atraiu a atenção para as questões relacionadas ao que se convencionou chamar desumanização em saúde, e resultou em várias ações que culminaram com a instituição da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, o Humaniza SUS[3].

Desde então, em ambulatórios e hospitais públicos, vêm sendo desenvolvidas ações que visam proporcionar maior conforto aos pacientes e familiares, tais como: melhora do acolhimento na porta de entrada, mediante a participação de funcionários capacitados para tal; implementação dos Serviços de Ouvidoria e Capelania; colocação de placas de identificação do paciente e seu médico nos leitos, para que pacientes possam ser chamados por seus nomes; aplicação de questionários para avaliação da satisfação dos usuários e outras medidas paras otimização e integração do atendimento aos pacientes usuários do sistema de saúde[4]. Documentos divulgados pelo Ministério da Saúde têm explicitado as iniciativas relativas à humanização, iniciativas essas em que, de acordo com Deslandes, podem ser identificados diversos sentidos, entre os quais citamos: oposição à violência institucional; qualidade do atendimento, associando excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta; cuidados com as condições de trabalho dos profissionais e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços[5].

Apesar dos avanços, o Humaniza SUS tem enfrentado críticas e desafios desde a sua criação, especialmente pela tendência em se tornar uma "escola", não no sentido de promoção de cursos, e sim pela unificação de discursos[6]. Além disso, as estratégias públicas de humanização incluem programas de "treinamento" os quais vêm sendo desenvolvidos na intenção de promover "habilidades humanísticas" que seriam integradas às competências técnicas do profissional da saúde. Ao se analisarem, entretanto, os resultados de tais abordagens ou programas, levando-se em consideração as opiniões e sentimentos dos que estão sendo treinados ou "educados", percebe-se claramente que os resultados obtidos nem sempre são os almejados[7].

Fica cada vez mais evidente que o tema humanização em saúde é extremamente complexo e envolve as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Cecílio aponta para o risco de que programas de "qualificação" e "humanização" do atendimento possam contribuir para uma instrumentalização e excessiva formalização do encontro profissional de saúde/usuário, dificultando que

sejam constituídas relações terapêuticas entre ambos, as quais são genialmente ilustradas por Tolstoi na descrição da relação que se estabeleceu entre o servo Guerassin e seu senhor no conto A Morte de Ivan Ilitch[8]. Teixeira Coelho, inspirado na obra de Montesquieu, nos apresenta uma visão mais ampla acerca da questão, referindo-se à humanização como um processo contínuo da ampliação da esfera do ser que vai bem além de um conjunto específico de competências e habilidades[9].

Os seguintes sintomas da desumanização ainda tão presentes no cuidado à saúde do povo brasileiro – filas desnecessárias; descaso e descuidado com as pessoas; incapacidade de lidar com histórias de vida, sempre singulares e complexas; práticas éticas descabidas, como: a discriminação, a intimidação, a submissão a procedimentos e práticas desnecessárias; a exclusão e o abandono, talvez as experiências mais bárbaras às quais as pessoas podem ser submetidas[10] – refletem quão importantes têm se mostrado esses questionamentos em relação ao Humaniza SUS.

Fica claro que a efetividade de qualquer programa de humanização dependerá dos atores que atuam no cuidado aos usuários dos sistemas de saúde, ou seja, dos profissionais da área de saúde. Assim, investir em sua formação acadêmica e fomentar o profissionalismo são condições essenciais para o preparo de profissionais que demonstrem, em seu comportamento, que são merecedores da confiança que recebem dos pacientes por estarem trabalhando para o seu bem. Swick[11] identifica nove atitudes que caracterizam o profissionalismo médico, entre os quais citamos: busca de altos padrões éticos e morais; compromisso contínuo com a busca de excelência, graças à constante aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades; capacidade para lidar com altos graus de complexidade e incerteza; manifestação do que o autor chama de valores humanísticos, o que envolve empatia e compaixão, honestidade e integridade, cuidado e altruísmo, respeito pelos outros e lealdade; e, finalmente, reflexão sobre decisões e ações[11]. Quando transportamos essas ideias para nosso contexto, fica fácil compreender que essas atitudes dizem respeito a qualquer profissional de saúde que poderia ser considerado humanizado.

As propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação da área de Saúde, elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e homologadas em outubro de 2001, também demonstram a preocupação dos educadores brasileiros para a formação de profissionais "humanizados"[12]. As DCNs recomendam que devam ser contemplados elementos que promovam competências para o estudante se desenvolver intelectual e profissionalmente, com a possibilidade de vir a ser autônomo em caráter permanente, ou seja, percorrer o caminho de formação acadêmica e/ou profissional que não termina com a concessão do diploma de sua graduação.

O Conselho Nacional de Educação, ao instituir as DCNs para os cursos na área de saúde, em especial para a Medicina e Enfermagem, sugere um corpo de disciplinas que fundamentariam a aquisição de todas as atribuições que um profissional pode e deve possuir para a sua plena realização na prática de sua profissão. As DCNs recomendam a formação de um profissional capaz de atuar de acordo com uma visão biopsicossocial que leva em consideração as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. O perfil almejado do formando egresso/profissional é um enfermeiro ou médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Para cumprir seu intento, os conteúdos curriculares devem contemplar não apenas as Ciências Biológicas e da Saúde, mas, também, as Ciências Humanas e Sociais. Assim, as questões referentes à humanização não foram esquecidas na elaboração das propostas das DCNs[12].

As instituições de Ensino Superior têm enfrentado um grande desafio para compor uma carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos de forma a considerar todos esses aspectos. Apesar da ampla liberdade garantida a essas instituições para o cumprimento de tal desafio, o modelo predominante de ensino e prática das Ciências da Saúde, enfocado na fragmentação, especialização e avanços tecnológicos, tem reinado todo-poderoso desde há algumas décadas[13]. Assim, o ensino da biomedicina ainda tende a ocupar um papel predominante na grade curricular dos cursos de graduação na área de saúde, os quais apresentam a estruturação de seus currículos centrados em disciplinas relacionadas às Ciências Naturais, cuja abordagem, em geral, é pautada no cuidado do corpo como matéria separada da mente e da esfera humanística, o que tem contribuído para a formação de profissionais com perfil eminentemente técnico e cientificista[14]. Tal modelo começou a se desenvolver com o Iluminismo dos séculos XVII e XIX, e ganhou força graças ao estabelecimento da visão positivista do paradigma cartesiano-newtoniano nos diferentes campos do conhecimento[15]. Incontáveis são as

vantagens advindas desse modelo, o qual foi o responsável pela supressão ou diminuição de grande parte do sofrimento humano decorrente de enfermidades e traumatismos. No entanto, uma constatação quase sempre presente nos mais variados cenários de ensino e prática da Medicina é a de que profissionais, estudantes da área de saúde e pacientes não estão totalmente satisfeitos, pois sentem que algo está faltando[16]. As questões concernentes ao que se convencionou chamar desumanização em saúde ilustram tal ideia[17].

Em todo o mundo, o ensino das Humanidades tem sido adotado como um recurso para a formação humanística dos estudantes da área de saúde. Assim, disciplinas como História, Filosofia, Literatura, Espiritualidade, Medicina & Literatura têm sido incorporadas aos currículos das escolas de graduação da área de saúde, tendência que se inicia em nosso país.

O Laboratório de Humanidades (LabHum): uma experiência "laboratorial" de humanização aplicada à Saúde

Levando-se em consideração todas essas questões referentes à humanização, o Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFi) da EPM/Unifesp criou, em 2003, o Laboratório de Humanidades. Inicialmente, tratava-se de uma atividade extracurricular livre, a qual, com o tempo, adquiriu o status de um curso de extensão e, mais recentemente, passou a cumprir também a função de disciplina eletiva para os cursos de graduação (Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Ciências Biomédicas) e disciplina para os programas de pós-graduação do campus São Paulo/Unifesp. O LabHum propõe a reflexão a partir da leitura de clássicos da literatura universal como um recurso para a formação humanística de estudantes e profissionais da área da Saúde.

A dinâmica do LabHum envolve "ciclos" semestrais que contemplam a leitura e discussão de dois a três livros por semestre, escolhidos pelos coordenadores. Uma vez escolhida a obra, esta deve ser lida previamente por todos que se matriculam no ciclo. Os encontros são semanais e têm duração de noventa minutos, sendo que a carga horária presencial de cada ciclo semestral é de 28 horas. Atualmente, o LabHum é composto por duas turmas em que participam, em média, trinta pessoas, representadas por estudantes de graduação e pós-graduação e participantes livres. Estes são funcionários, professores e alunos da Unifesp e, até mesmo, representantes da comunidade, como pacientes ou moradores do bairro em que se localiza nossa instituição. Alguns dos estudantes que acompanharam o LabHum para obtenção de créditos voltam a se matricular como participantes livres. Bittar, Sousa e Gallian[18] descrevem com detalhes o modelo do LabHum.

Atividade extracurricular: uma experiência vivida por alunos da graduação na área de saúde

A partir do primeiro semestre de 2010, o LabHum passou a ser oferecido como uma disciplina eletiva dirigida a estudantes de Medicina (do segundo ao quarto ano) e estudantes do segundo e terceiro ano de Enfermagem, Biomedicina e Fonoaudiologia. A disciplina é ministrada duas vezes ao ano, com uma carga horária de 32 horas. Os estudantes integram o LabHum que se encontra em andamento, além de receberem uma atenção especial por um período extra em decorrência de suas demandas.

Na primeira reunião, os alunos são convidados a dizer por que optaram por essa disciplina, e quais são suas expectativas. A colocação de todos em um grande círculo permite que haja uma integração diferenciada e um contato maior entre todos. A dinâmica da eletiva ocorre de maneira informal sem, contudo, perder seu foco principal, que é instigar a humanização dos graduandos a partir das narrativas literárias.

Ao longo das reuniões, conduzidos por um coordenador responsável, todos têm a oportunidade de compartilhar os sentimentos e insights suscitados pela leitura sugerida, dividindo expectativas, traçando paralelos com experiências já vivenciadas, colocando seus anseios e preocupações, e realizando discussões sobre o que seriam, enfim, as questões essenciais da vida humana. Ao término da disciplina, todos os participantes elaboram um relatório conclusivo em que esboçam suas opiniões sobre a mesma.

Objetivos

O propósito deste artigo é apresentar os resultados de um projeto de pesquisa – em articulação e complementação ao que já foi apresentado em artigo anterior sobre o Laboratório de Humanidades nesta mesma revista[18] – cujo objetivo principal foi verificar os benefícios da inclusão do LabHum como disciplina eletiva para a promoção da humanização no contexto de graduandos na área da saúde. O objetivo secundário deste projeto foi problematizar o conceito de humanismo e humanização, revisitando autores modernos e contemporâneos que apresentam visões heterodoxas e críticas, que permitem dar fundamento ao conceito de humanização.

Metodologia

Esta investigação foi realizada num período de dois anos (2010-2011), em que setenta e sete graduandos em Medicina (do 2º, 3º e 4º anos) e em Enfermagem, Fonoaudiologia e Biomedicina (do 2º e 3º anos) se integraram ao LabHum como alunos da disciplina eletiva que recebeu o nome de "Humanidades e Humanização: questões essenciais da existência humana através de histórias".

A distribuição e o número dos participantes e livros abordados de acordo com o período em que se deu a eletiva encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1. Cronograma, obras e número de participantes na disciplina

Período	Número de participantes	Livros abordados
2010 – 1º semestre	25	A Morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstoi
2010 – 2º semestre	17	O Sonho do Homem Ridículo de Fiódor Dostoievski
2011 – 1º semestre	20	Alice no País dos Espelhos de Lewis Carroll
2011 – 2º semestre	15	Admirável Mundo Novo de Aldous Huxley

Em decorrência das questões a serem exploradas, foram escolhidos métodos qualitativos para guiar este estudo.

Os dados foram coletados a partir de três fontes: observação participante[19], narrativas escritas dos alunos, e entrevistas obtidas mediante a abordagem da História Oral de Vida, tal como proposta por Holanda e Meihy[20]. Essas três etapas da coleta de dados são descritas em seguida.

Os pesquisadores, ao atuarem como observadores participantes, tiveram a oportunidade de acompanhar e registrar, em um caderno de campo, a dinâmica e o conteúdo das discussões ocorridas durantes os encontros. Além disso, solicitou-se aos estudantes que compusessem uma narrativa a ser entregue ao final do curso, na qual deveriam fazer uma avaliação da atividade desenvolvida, e reportar a sua perspectiva acerca do LabHum; 62 dessas narrativas foram utilizadas como fonte de dados.

Para se verificar o impacto desta experiência pioneira sob uma perspectiva mais individual, subjetiva e amplificada no tempo[21], foi adotada a abordagem da História Oral de Vida, a qual se mostrou extremamente pertinente. Nesta etapa foram realizadas quatro entrevistas com participantes selecionados a partir de uma análise preliminar do diário de campo e das narrativas dos graduandos. Nas entrevistas, os eleitos foram convidados a narrarem suas histórias de vida tendo como ponto de convergência a experiência concreta da disciplina, baseando-se em perguntas de corte que enfocavam o possível "efeito humanizador" na vida dos que a cursaram. Entende-se por "efeito humanizador" o resultado de um processo contínuo de "amplificação da esfera do ser"[9]. Perguntas de corte, como as elencadas a seguir, foram realizadas ao final da entrevista, apenas quando ocorreu a necessidade de complementar as informações obtidas por meio da narração espontânea de cada entrevistado: Quais as

mudanças percebidas em sua vida acadêmica e pessoal? De que forma as ideias e os sentimentos suscitados pela leitura e, depois, compartilhados e destilados nos encontros semanais interferiram em sua vida e em sua maneira de ver e interagir com o mundo? O que foi efetivamente agregado à sua existência? De que forma a experiência do LabHum contribui para humanizar aquele que dela participa?

Convém lembrar que as entrevistas foram gravadas, transcritas em sua íntegra e "transcriadas"[20]. Desta forma, foi possível identificar, no contexto das vivências pessoais, a forma como os graduandos conseguiram clarificar questões relacionadas ao processo de humanização e desumanização em saúde a partir da leitura das obras literárias supracitadas.

As três fases sucessivas e exploratórias da pesquisa geraram um profícuo material representado por uma grande extensão de textos escritos. Estes foram organizados e interpretados de acordo com a técnica de imersão/cristalização, estilo de interpretação inspirado na Fenomenologia Hermenêutica[22]. Os subtemas que emergiram inicialmente foram reunidos em temas principais, os quais são apresentados em seguida e ilustrados por frases dos estudantes. Estes foram identificados por nomes fictícios.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unifesp e os participantes assinaram TCLE.

Resultados e discussão

A interpretação dos textos revelou cinco grandes temas de maior relevância, os quais serviram de base para a apresentação de resultados e suscitaram nossa discussão. A discussão revela uma trajetória caracterizada pela busca de sentido atribuído à experiência humanizadora, a qual foi vivenciada tanto pelos participantes quanto pelos pesquisadores. Os resultados são apresentados a seguir.

A desumanização na universidade pós-moderna

A dificuldade enfrentada pelas escolas médicas e de Enfermagem para propiciar o ensinamento de um cuidado humanizado foi insistentemente enfocada ao longo da disciplina eletiva e, também, nas entrevistas individuais. Em concordância com Serodio e Almeida[23], os alunos da graduação demonstraram sentir-se completamente deslocados de sua formação humanística, reportando ser quase que obrigados a buscar, exclusivamente, o conhecimento das esferas estritamente científicas e biológicas. Em contraponto, as exigentes demandas do currículo em relação a essas esferas deixavam-lhes sem possibilidades de busca de uma maior compreensão acerca de si mesmos e, consequentemente, do outro. Para os graduandos, a cobrança por uma racionalização constante, a qual caracteriza o ensino das Ciências da Saúde, conduz à formação de meros "operadores do conhecimento". Estes não adquirem os recursos necessários para lidar com as questões sutis concernentes ao ser humano, questões essas pouco contempladas durante a graduação, que, no entanto, desempenham um importante papel na forma em que se vivencia a enfermidade e nos processos de cura.

Na primeira reunião, João, aluno do 3° ano de Medicina, relata: "Durante a formação do médico, há o risco de se desconstruir o indivíduo, formando-se robôs e técnicos em Medicina e não médicos capazes de se relacionar com o outro". Cleiton, também estudante do 3º ano de Medicina, ressente-se da falta do ensino voltado às Humanidades:

> "A gente tem algumas matérias voltadas para formação humanística, mas eu acho que ainda é muito pouco, uma vez que a Medicina é uma área que lida muito com as pessoas. Falta muito ainda... A gente não tem muita vivência, não tem muita discussão, não tem muita prática nessa área de humanidades. Os conteúdos, muitas vezes, são apreendidos fora do contexto da prática".

A tecnicização da Medicina tem suscitado o distanciamento entre paciente e médico, acarretando a ausência de uma relação que viabilize a vazão da capacidade do paciente em simbolizar a doença que o acomete. A falta de comunicação deixa pacientes e familiares, muitas vezes, confusos frente às diversas informações que recebem sem o devido acolhimento. O fato de não se contemplarem os sentimentos,

as razões e as expectativas do ser humano acaba por culminar em um processo chamado de "objetualização do paciente", em que a doença é valorizada acima do ser que a possui, o qual é fragmentado em sedes cada vez menores de patologias[24]. Essa ideia foi corroborada com o desenrolar da disciplina, como fica evidente na fala de Ivan, estudante de Medicina do 3º ano:

> "Todas as coisas são ensinadas de forma puramente racional, o que nos faz sentir insignificantes e indiferentes e nos leva a questionar se somos uma "sopa" de átomos organizados, favorecidos pela sorte e pela evolução e se tristeza e verdade são apenas produtos de neurotransmissores liberados em circuitos neurais específicos".

O paralelo entre o personagem do clássico literário "A Morte de Ivan Ilitch" e o sistema de educação vigente feito por Carolina, aluna do 3º ano de Enfermagem, evidenciou a formalidade e rigidez da educação acadêmica:

> "Sinto que nosso tipo de educação, inclusive a acadêmica, incentiva o nascimento de 'Ivan Ilitch', pois as noções de hierarquia, mérito e eficiência criam-se sobre o invólucro do falso sucesso do homem sem defeitos, que é inconsciente de seu próprio ridículo e exige a mesma postura dos demais".

A ciência e tecnologia modernas nos fazem crer que todos os problemas poderão ser controlados e que fica cada vez mais próximo o dia em que se poderá vencer toda dor, sofrimento e, até mesmo, a morte. Fazendo uso, novamente, de alusões das "patologias" de uma sociedade moderna e perfeita, como a criada por Aldous Huxley em sua obra Admirável Mundo Novo, Renato, estudante do 3° ano de Medicina, afirma:

> "A desumanização do homem no livro se fez tirando toda e qualquer forma de sofrimento da vida humana, mesmo a morte. [...] Ninguém mais precisaria sofrer porque a felicidade 'artificial' poderia ser alcançada. É interessante porque ao comparar a nossa sociedade com a retratada no livro, percebemos a alienação e o controle social também do nosso lado".

Igor, estudante de Medicina do 2° ano, referindo-se a essa mesma obra literária, complementa essa ideia:

> "O que intriga bastante é a insensibilidade que foi gerada, ou 'condicionada' nas pessoas e nos grupos sociais, em que qualquer momento de isolamento era impedido, o que não é assim tão diferente de hoje, quando quem se isola é considerado estranho ou esquisito para as pessoas [...]; a sociedade em que eram inseridos não podia permitir instabilidade, religião, dor, sofrimento, pensamentos; filosofia e ciência eram proibidas para não desestabilizar o seu mundo pós-moderno".

A ideia de que o ser humano é passível de atingir a perfectibilidade e de que a perfectibilidade técnica pode resolver todas as questões emergentes no ensino e prática das Ciências da Saúde tem sido retratada mais frequentemente na área da saúde. Nesta área é "que a percepção do vazio e da sombra é sentida de maneira mais candente e dolorosa"[17], como ponderaram os participantes, e onde as consequências da desumanização se mostram mais nefastas. Tal equívoco parece nos afastar daquilo que "temos de mais humano". Neste paradigma não há lugar para a incerteza, e o acaso representa um dilema que acaba sendo totalmente ignorado, sendo que na vida, muitas vezes, ele é a solução.

Poder da literatura

Com o decorrer do curso e o aumento do calor das discussões dos alunos que se deixaram envolver naturalmente pelos clássicos, observamos a "rendição" dos mesmos ao poder da Literatura. Muitos

graduandos relataram ter sido uma importante fonte geradora de empatia, uma das atitudes humanísticas mais discutidas na atualidade e desejáveis no profissional de saúde, e cuja aquisição parece ter desempenhado um papel relevante para o processo humanizador que se iniciava.

Como exemplo, utilizaremos a declaração de Pedro, estudante do 3° ano de Medicina:

> "Pude me afastar um pouco do enfoque puramente cientificista do curso médico. Através de diversas sugestões de leitura consegui abordar uma série de questões universais sobre a existência humana, como, por exemplo, a morte, o processo de adoecimento, o questionamento dos valores impostos pela sociedade, o sonho e frustrações do homem. Foi ótimo olhar para o ser humano através da perspectiva das Humanidades".

Os graduandos puderam tecer paralelos entre temas emergentes das obras literárias e situações vividas em seu cotidiano, o que foi relatado por Cláudia, aluna do 2° ano de Enfermagem:

> "Constantemente, encontramos na literatura assuntos pertinentes, situações e experiências de vida de outras pessoas, que à medida que a leitura se dá, incorporam-se à nossa vida de alguma forma, servindo de alimentação espiritual e intelectual, a qual é extremamente necessária na busca e desenvolvimento do que há de mais humano nos indivíduos".

Assim, por meio da Literatura, os graduandos puderam capturar a complexidade oculta de cada um, graças a um escape da vida restrita do cotidiano, o que possibilitou a vivência de experiências amplas e profundas[25]. Isto exigiu, certamente, uma profunda reflexão, a qual propiciou uma posterior mudança de atitude, conforme é ilustrado pelo tema seguinte.

Capacidade de reflexão e mudança de atitude

Desde a formação acadêmica, todo futuro profissional da saúde necessita refletir sobre a existência humana e si mesmo[26]. Na medida em que as obras lidas são discutidas, os alunos vão denotando momentos de reflexão e empatia pelos personagens. Em relação ao tema capacidade de reflexão, muitos deles confirmaram a necessidade de um ambiente que lhes propiciasse ser profissionais mais reflexivos e, consequentemente, mais humanizados. E, ao ser questionado sobre o impacto da falta desse ambiente, Cleiton, que considerou isso uma deficiência, responde*:*

> "Eu acho que isso impacta no sentido de você não saber lidar direito com algumas situações reais que você vive no dia a dia, como situações difíceis de doença, morte e perdas. Eu acho que se a gente tivesse mais oportunidade de discutir essas questões na graduação, de trocar ideias com os colegas, com os professores, isso nos ajudaria muito a lidar com situações difíceis".

Certamente, o ser humano que se encontra fragilizado pela dor, ameaça de morte e perdas necessita, antes de tudo, alguém que o ouça com empatia e que se mostre um testemunho compassivo para o seu sofrimento, mesmo que nada mais que isso possa ser feito[27]. Esta é a atitude esperada dos profissionais de saúde e isso é o que os pacientes consideram um atendimento humanizado. Mas, em tais situações, são deflagradas emoções difíceis, próprias e alheias, com as quais temos dificuldades em lidar. E o que há de mais humano do que as emoções, que são praticamente ignoradas durante a formação em saúde?[28]. Não é possível uma humanização efetiva se desconsiderarmos o aspecto emocional dos seres humanos mediante a adoção de uma atitude de negação e não-envolvimento. A reflexão a partir das narrativas literárias poderia preparar os graduandos da área de saúde a melhor lidarem com as situações difíceis da vida e da profissão e com as questões emocionais por elas suscitadas quando as defrontarem na vida real. Carlos, estudante de Medicina do 3º ano, afirmou:

> "Com a rapidez do mundo em que vivemos, muitas vezes, acreditamos não haver tempo para a reflexão e o pensamento. Por esse motivo é cada vez mais necessário que haja espaços como esse em que paramos, sentamos e investimos tempo somente nisso. É essa uma das grandes dificuldades da prática na área da saúde. Iremos nos deparar com infindáveis variações do humano, sendo extremamente necessário saber enxergar aquilo que é imensurável e incalculável em cada ser humano".

Seu comentário foi concordante com o de vários outros alunos da Enfermagem e Medicina. Entre debates de ideias diferentes, compartilhamento de pensamentos semelhantes e olhares penetrantes de cada graduando envolvido por aqueles momentos reflexivos profundos, foi possível enxergar o desenvolver de verdadeiras sementes para mudanças, sementes essas que não teriam proliferado a partir de uma reflexão solitária.

Humanização

Assim como o tema da desumanização foi insistentemente abordado, ocorreu o mesmo em relação à humanização. Os estudantes reconheceram que o ensino exclusivamente técnico não responde aos seus anseios no que diz respeito à sua formação como profissionais da saúde considerados humanizados por serem capazes de responder às demandas de seus pacientes em um sentido holístico.

Enfatizando o caráter especial da eletiva como um elemento defraglador de um processo de humanização que não se baseia em programas caracterizados por protocolos a serem cumpridos quase que mecanicamente, Rodolfo, estudante do 2º ano de Medicina, afirma:

> "Quando se trata da Humanização em Medicina, tão falada hoje em dia, criam-se protocolos de como deve ser o médico humanizado. Seria como se as leis da humanização da Medicina fossem superiores à própria humanização. Nesse aspecto, essa disciplina eletiva abordou uma visão diferenciada sobre o que seria a humanização da Medicina, na qual não há protocolos a serem seguidos, mas a descoberta do ser humano dentro de nós. Em suma, ela me permitiu ir além dos conhecimentos médicos técnicos para entrar em contato com um ser humano completo: com sua racionalidade e sua irracionalidade, com seus sentimentos, suas angústias, seus medos e conquistas. Certamente, o reconhecimento desse ser humano completo em nós mesmos, naqueles que virão a trabalhar conosco e nos pacientes é fundamental para o exercício de uma Medicina mais humana".

Os estudantes reconheceram quão importante é reconhecer a humanidade dentro de si próprios para poder reconhecê-la no outro. A reflexão acerca dos temas presentes nos clássicos da Literatura permite esse reconhecimento, o qual representa uma via segura para a humanização. Cleide, estudante de Enfermagem do 2º ano, ao se referir à questão da humanização, explica como o processo reflexivo desencadeado no LabHum refletiu-se no cuidado ao paciente.

> "Em relação ao cuidado, o que me influenciou foi o respeito à pessoa no sentido de que ela é um indivíduo que tem sentimentos, tem crenças, tem histórico de vida... É uma pessoa! Um ser humano! Tem sentimento, tem dor, se machuca com o modo como a gente fala, e a gente tem de aprender a lidar com isso. Porque, apesar de recebermos a orientação de que devemos considerar a individualidade dos pacientes, não nos ensinam como fazer isso. A gente não tem matérias focadas nisso, para aprender como é o indivíduo. Compartilhar experiências durante a eletiva auxiliou-me no sentido de ver e de saber que as pessoas têm opiniões diferentes e que mesmo quando não concordamos, ainda podemos chegar a um lugar comum, a um consenso".

Impacto e diferencial da disciplina eletiva

Ao chegarem aos últimos encontros, quando eram chamados a manifestar-se oralmente sobre o impacto da experiência vivenciada durante o decorrer da disciplina, muitos estudantes tenderam a ponderar que aquele era um espaço único em que "questões nada corriqueiras são discutidas e consideradas essenciais e elementares no dia a dia", como referiu Ana Paula, aluna do 3° ano de Medicina.

Ao comporem seus relatórios finais, os estudantes procuraram recriar, pela palavra escrita, muito do que já havia sido enfocado ao longo do curso, com o intuito de organizarem seus insights de uma forma que fizessem sentido em suas vidas. Ficou claro que, à medida que os alunos leem, discutem e compartilham seus sentimentos, muitas vezes enclausurados e silenciados pela sociedade que tanto lhes cobra, percebem que momentos como os vividos no LabHum lhes são indispensáveis.

Ao compararem o modelo adotado no LabHum para a promoção da Humanização com outros modelos experimentados, diversos alunos apontaram o primeiro como bem mais efetivo, ressaltando sua singularidade e necessidade. Gustavo, aluno do 3º ano Medicina, comentou:

> "Nesta disciplina, diferentemente das outras, estimula-se não só o pensar, como também o sentir. Trata-se de um espaço dentro do qual podemos nos formar como indivíduos e não somente como profissionais da saúde; no qual o ser humano é visto além da anatomia e fisiologia. É um espaço para discutirmos medos, alegrias, decisões, sofrimentos, descobertas e vaidades e tudo o mais que é inerente à condição humana".

A experiência da disciplina repercutiu nos participantes em sua totalidade, revelando as possibilidades de uma vida plena, não apenas no que concerne à atividade profissional. Isto, porque os temas não são tratados de forma linear, mas sim, parafraseando Quintás[29], os estudantes são preparados "para compreendê-los a fundo, e em sua origem. Este é o único modo de abordá-los de forma persuasiva e convincente".

Considerações finais

A experiência proporcionada pela eletiva se mostrou um promissor recurso para a humanização dos graduandos da área da saúde, recurso esse que transcende programas e protocolos que acabam por ignorar a complexidade e singularidade do ser humano. Este, talvez, tenha sido o diferencial desse modelo e o motivo de ter afetado os participantes tão profunda e naturalmente.

A rica convivência entre os participantes do LabHum chamou a atenção para a ideia de que, com o ritmo acelerado e a falta de tempo que assola a todos, é necessário um momento para parar, sentir, pensar, ter uma real experiência interpelativa e ser tocado pelo acontecimento. Dessa troca de experiências podem surgir as necessárias mudanças de atitude.

Certamente, as Humanidades, e em especial a Literatura, têm muito a contribuir para o desenvolvimento das Ciências da Saúde, na medida em que nos tornam mais compreensivos e abertos para a natureza, a sociedade e o semelhante. A revalorização das Humanidades é uma necessidade no caminho para uma prática da saúde menos compartimentada e mais humana, pois elas auxiliam a compreensão da subjetividade e a complexidade presentes no ser humano. Por meio das Humanidades, os graduandos têm a oportunidade de fomentar sentimentos empáticos, reais e diferenciados no que diz respeito ao cuidado do outro, o que traz um potencial de melhoria em sua vida pessoal e formação.

Os resultados aqui mostrados apontam para a ideia de que o processo de humanização por meio da Literatura propicia a eclosão de "acontecimentos interpelativos", ou seja, momentos de autorreflexão capazes de tocar o educando a ponto de que mudanças de visão e atitudes se incorporem naturalmente a seu dia a dia.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Ortega y Gasset J. A desumanização da arte. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2005.

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: SAS; 2001 [acesso 2012 Jul 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf

3. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: MS; 2003 [acesso 2012 Jul 22]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf

4. Ranzi DVM. Relatório técnico: Programa de Humanização do Hospital Universitário de Dourados, MS. [monografia]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004 [acesso 2012 Jul 20]. Disponível em: http://www.dourados.ms.gov.br/LinkClick.aspx?fileticket=DwTcHStbSuo%3D&tabid=326&mid=761&language=en-US

5. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. Cienc Saude Colet. 2004; 9(1):7-14.

6. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface (Botucatu). 2009; 13 Supl. 1:531-42.

7. Gallian DMC, Reginato V. Relação assistencial e sua humanização. In: Ramos DLP, organizador. Bioética, pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 117-33.

8. Cecílo LCO. A Morte de Ivan Ilitch: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface (Botucatu). 2009; 13 Supl. 1:545-55.

9. Coelho JT. A cultura como experiência. In: Ribeiro RJ, organizador. Humanidades: um novo curso na USP. São Paulo: Edusp; 2001. p. 65-101.

10. Pasche DF. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS. 2010; 1:63-71 [acesso 2011 Abr 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf

11. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad Med. 2000; 75(6):612-6.

12. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde. Brasília, DF: MEC; 2001 [acesso 2012 Jun. 21]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf

13. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 2001.

14. Gomes AMA, Paiva ES, Valdés MTM, Frota MA, Albuquerque CM. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. Saude Soc. 2008; 17(1):143-52.

15. Bastos LAM. Corpo e subjetividade na Medicina: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 2001.

16. De Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T. Even a little magic. Can Fam Physician. 2008; 54:1146-7.

17. Gallian DMC, Pondé LF, Ruiz R. Humanização, humanismos, humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. Rev Int Human Med. 2012; 1(1):5-15.

18. Bittar Y, Sousa MAS, Gallian DMC. A experiência estética da literatura como meio de humanização em saúde: o Laboratório de Humanidades da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):171-86.

19. Geertz C. Obras e vidas: o antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 2011.

20. Holanda F, Meihy JCSB. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2007.

21. Ousager J, Johannessen H. Humanities in undergraduate medical education: a literature review. Acad Med. 2010; 85(6):988-98.

22. Borkan J. Immersion/Crystallization. In: Miller WC, Crabtree BF, editors. Doing qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999. p. 179-194.

23. Serodio AMB, Almeida JAM. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de Medicina: uma visão docente. Rev Bras Educ. Med [Internet]. 2009 [acesso 2011 Out 14]; 33(1):55-62. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/08.pdf

24. Martins PH. Contra a desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.

25. Compagnon A. Literatura para quê? Trad. Laura Taddei Brandini. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006.

26. Rios IC. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. Saude Soc. 2008; 17(4):151-60.

27. De Benedetto MAC, Castro AG, Carcalho E, Sanogo R, Blasco PG. From suffering to transcendence: narratives in palliative care. Can Fam Physician. 2007; 53:1277-9.

28. Shapiro J. Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. Acad Med. 2011; 86(3):326-32.

29. Quintás AL. Como obter uma formação integral: o modo ótimo de realizar a LOGSE (PCNs) [Internet]. Madri: Conferência na Real Academia de Ciencias Morales y Políticas; 1996 [acesso 2011 Set 5]. Disponível em: http://www.hottopos.com/harvard1/como_lograr_una_formacion_integr.htm

Lima CC, Guzman SM, De Benedetto MAC, Gallian DMC. Humanidades y humanización en salud: la literatura como elemento humanizador para alumnos de graduación del área de la salud. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):139-50.

Este artículo presenta los resultados de un proyecto de investigación cuyo principal objetivo fue verificar los beneficios de la inclusión del Laboratorio de Humanidades (LabHum) del Centro de Historia y Filosofía de las Ciencias de la Salud (CeHFi) de la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp) como asignatura electiva para la promoción de la humanización en el contexto de los alumnos de graduación del área de salud (medicina y Enfermería). La asignatura se enfocó en la reflexión a partir de la lectura de clásicos de la literatura. Se adoptaron métodos cualitativos fundamentados en la Fenomenología hermenéutica. Los resultados señalaron la idea de que la literatura propicia la deflagración de "acontecimientos de interpelación", es decir, momentos de auto-reflexión capaces de emocionar al alumno hasta el punto en que se incorporen cambios de visión y actitudes en su cotidiano de manera natural, promoviendo la humanización.

Palabras clave: Literatura. Humanización. Educación en salud.

Recebido em 23/08/13. Aprovado em 28/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0114

O estágio curricular como práxis pedagógica:

representações sociais acerca da criança com deficiência físico-motora entre estudantes de Fisioterapia*

Leandro Dias de Araujo[a]
Ana Lucia de Souza Freire Santos[b]
Adriano Rosa[c]
Marta Corrêa Gomes[d]

Araujo LD, Santos ALSF, Rosa A, Gomes MC. The curriculum internship as pedagogical praxis: social representations regarding children with physical motor deficiency among physiotherapy students. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):151-64.

This paper analyses the transformation of social representations among physiotherapy students, regarding children with physical motor deficiency, influenced by internships on pediatric physiotherapy. In posing this issue, we took into consideration the stigmatized manner in which people with deficiencies are represented and the influence of supervised curriculum internships on undergraduate healthcare training. This was a qualitative study on 24 students entering and leaving pediatric physiotherapy internships, who participated in semi-structured interviews and focus groups. This study made it possible to infer that the representations were fundamentally provided through the experience of the internship, although the theoretical and conceptual disciplines furnished technical support for the intervention. In this manner, the curriculum needs to emphasize the internship as knowledge and praxis, since the gains transcend the change in the way that deficiency is regarded, bringing incomparable benefits and professional resources, as well as personal values that are essential for shaping human character.

Keywords: Education. Health Education. Physiotherapy. Rehabilitation. Child.

O artigo analisa a transformação das representações sociais dos alunos de fisioterapia acerca da criança com deficiência físico-motora, influenciada pelo estágio em fisioterapia pediátrica. Consideramos, para a problematização, o modo estigmatizado como as pessoas com deficiência são representadas, e a influência do estágio curricular supervisionado na formação acadêmica em saúde. A pesquisa, de caráter qualitativo, contou com 24 alunos ingressantes e egressos do estágio em fisioterapia pediátrica, submetidos a entrevistas semiestruturadas e grupo focal. O estudo permitiu inferir que as representações são possibilitadas, fundamentalmente, pela experiência do estágio, embora as disciplinas teórico-conceituais forneçam subsídios técnicos para a intervenção. Dessa forma, o currículo deve enfatizar o estágio como conhecimento e práxis, uma vez que os ganhos extrapolam a mudança na forma de ver a deficiência, trazendo benefícios e recursos profissionais incomparáveis, além de valores pessoais essenciais para a formação humana.

Palavras-chave: Educação. Formação em saúde. Fisioterapia. Reabilitação. Criança.

* Elaborado com base em dissertação de mestrado[1] aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Gama Filho.

[a-d] Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro. Travessa Coari, 53, Abolição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20755-030. leandiar@hotmail.com; alufsan@gmail.com; 66.rosa@gmail.com; martacorreagomes@yahoo.com.br

Introdução

A deficiência físico-motora (DFM) ou deficiência física não sensorial é descrita pelo Decreto Federal nº 3.298 de 20/12/1999[2]:

> uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Na educação, o termo DFM foi uniformizado a partir do "Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil: estratégias e orientações para a educação de crianças com necessidades educacionais especiais"[3], com o objetivo de subsidiar a realização do trabalho educativo junto às crianças que apresentam necessidades especiais, na faixa etária de zero a seis anos.

De acordo com Israel e Bertoldi[4], a DFM afeta as possibilidades de movimento, a coordenação motora e o equilíbrio para a execução de atividades do cotidiano, que acompanha o indivíduo desde o nascimento, ou pode ser adquirida na vida adulta se mantendo de forma permanente ou transitória.

A despeito das classificações técnico-biomédicas, a deficiência é um fenômeno que, embora se manifeste individualmente, é construído socialmente, pois, em cada contexto social e histórico, sua representação adquire características diferentes, na medida em que seu fundamento se encontra nos julgamentos sociais sobre as diferenças que consideram o corpo ou o comportamento disfuncional e "anormal", algo atípico e "deficiente",[5] e ainda englobam outras concepções ligadas a crenças ou mitos, que influenciam as atitudes de segregação social[6].

A imagem da deficiência explicita, imediatamente, a diferença, e a diferença perturba padrões sociais. A deficiência é uma das diferenças, sobretudo as estampadas no corpo, que negam os padrões da aparência, da funcionalidade e ferem a harmonia corporal[6,7].

As diferenças impossibilitam a identificação com o outro, onde essa modificação desfavorável é socialmente transformada em estigma. Em outra perspectiva, a aparência intolerável chama a atenção para a condição frágil do homem, criando uma desordem na segurança ontológica e suscitando o assombro do imaginário do corpo desmantelado[8].

As muitas marcas presentes no corpo caracterizado pela imobilidade, descontrole, assimetria, rigidez, tremor, amputação, forma e expressão não verbal, provocam um imediatismo de identificação da deficiência, influenciando diretamente na exclusão e inclusão social, já que, no cotidiano do convívio social, os padrões de "normalidade", impostos por essa sociedade, regem o que é desviante, deficiente ou eficiente[9].

Goffman[10] afirma que, quando um estigma é imediatamente perceptível, permanece a questão de se saber até onde vai interferir no fluxo da interação social, já que o que determina se uma condição é estigmatizante ou não é a representação que possui no contexto das relações entre o atributo – o que é próprio e peculiar de alguém – e o estereótipo – ideia classificatória preconcebida sobre alguém.

Vaitsman[11] demonstra que os processos sociais mais inclusivos são cada vez mais dificultados, na medida em que se atribuem qualidades negativas à diferença, atingindo a dignidade da pessoa, o que produz, como efeito do estereótipo, a segregação social e simbólica. Por outro lado, Omote[12] afirma que o estigma é parte fundamental da inclusão e cumpre sua função de controle social para a manutenção da vida coletiva – e esse é um grande dilema a ser enfrentado, já que as sociedades humanas "precisam" combater as desigualdades.

Verifica-se, em alguns estudos, tanto no campo pedagógico quanto no campo da intervenção em saúde, que a representação social sobre a deficiência acaba por orientar as práticas de intervenção profissional na promoção e reprodução de visões sociais preconceituosas, prejudicando, assim, o próprio interesse dos acadêmicos em atender a este público em particular[13,14].

Lomônaco, Cazeiro e Ferreira[15] demonstram que a formação predominantemente biomédica do fisioterapeuta, baseada na ênfase dada aos aspectos de lesão, limitação física/funcional e dificuldade das pessoas com deficiência, mesmo após os quatro anos de formação acadêmica, influenciou na permanência dos estereótipos ligados ao senso comum, apresentando estes pacientes como pessoas limitadas, incapacitadas e necessitadas permanentemente de ajuda.

Podemos dizer que estas imagens introduzem ou reforçam um núcleo figurativo ou paradigma[16] mais aceito socialmente, dando, aos indivíduos, facilidade para falar dele, utilizando termos e expressões mais usados frequentemente, uma vez que estas são as mais familiares e acessíveis.

Não podemos perder de vista que o mundo social é internalizado a partir dos primeiros momentos de vida. Na socialização primária, as formas de ver o mundo vão sendo apropriadas e significadas a partir do lugar social em que os indivíduos estão inseridos[17]. Ao interagirem com outras esferas institucionais, os indivíduos podem vir a reproduzir os padrões de pensamento e comportamento, reforçar valores, crenças e representações, ou trazer rupturas, formando outras possibilidades de "ver" o mundo, frequentemente estimuladas em função da imersão em grupos de referência com diferentes pensamentos e identidades, desde os primeiros anos pelo contexto escolar, até a formação universitária, pelo trabalho, dentre outras instituições.

Observamos, no presente estudo, que, no caso do atendimento à criança com DFM pelos alunos de fisioterapia, percebe-se que o desconhecimento, a falta de contato físico no cotidiano, sentimentos de estranheza e pena, acabam promovendo a rejeição, dificultando a relação paciente-fisioterapeuta e interferindo no "fluxo de interação"[10]. Os alunos, inseridos num contexto sociocultural produtor de ideários de corpos perfeitos, normais, parecem estranhar os corpos qualificados abaixo dos padrões de normalidade, uma vez que, em muitos casos de DFM, o descontrole é o padrão. Nesse sentido, é comum, entre alunos, algum comportamento de evitação do paciente com deficiência e o receio na aproximação, parecendo que a deficiência, para eles, é, antropologicamente falando, um tabu[18].

Ceccim e Feuerwerker[19] destacam que a formação profissional em saúde precisa romper definitivamente com o modelo biomédico fragmentado de ensino e intervenção, voltando-se para metodologias que garantam a problematização e a reflexão crítica dos alunos envolvidos. Diferentes estudos científicos sobre a formação em fisioterapia apontam para a necessidade de mudanças curriculares que abranjam também conhecimentos nas áreas de ciências humanas, sociais e pedagógicas[20-27].Tais estudos demonstram que a formação em fisioterapia permanece com um enfoque hegemonicamente biomédico, refletindo a fragmentação do conhecimento e o seu distanciamento na relação teoria e prática, situação que pode ser observada no estágio em fisioterapia.

O estágio supervisionado em fisioterapia pediátrica é fundamental para a formação profissional, uma vez que coloca o aluno frente às dificuldades da atividade terapêutica e da relação com a criança enquanto paciente. Espera-se a articulação entre os diversos campos de conhecimento que implicam a intervenção, propiciando a identificação de novos cenários sociais, a reflexão crítica a partir de um novo processo de socialização e a possibilidade de repensar a prática e os próprios conceitos que a orientam. Nesta perspectiva, Gadotti[28] enfatiza a necessidade da formação a partir de uma pedagogia da práxis, visto que a práxis é um exercício que se faz pela transformação da natureza e da sociedade a partir da atividade humana diante do mundo, da sociedade e do próprio homem. O ato de ensinar e aprender descontextualizado da práxis não transforma[29].

Logo, o estágio precisa garantir, ao aluno, a vivência com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, dos quais o da integralidade parece ser o menos visível na trajetória do sistema, de suas práticas e, no nosso caso, da formação em fisioterapia[20-27]. O princípio da integralidade pressupõe a relação intersubjetiva na qual o profissional se relaciona com sujeitos, e não com objetos, envolvendo necessariamente uma dimensão dialógica e dialética, possibilitando identificar as necessidades de ações sintonizadas com o contexto específico de cada sujeito em suas singularidades, garantindo a relevância do que é trazido por eles e suas famílias no que diz respeito aos seus sofrimentos, expectativas, temores e desejos[30].

Este estudo buscou analisar as transformações das representações dos alunos de fisioterapia acerca da criança com DFM e o papel do estágio curricular supervisionado em fisioterapia pediátrica neste

processo. O estágio, ao permitir a ponte entre teoria e prática, possibilita um *rito de passagem* para a construção dessa nova identidade que demanda uma visão dinâmica do cotidiano: do aluno de fisioterapia ao fisioterapeuta sensibilizado a lidar com as diferenças.

Procedimentos metodológicos

Este artigo é parte de uma pesquisa mais ampla sobre estágio, práxis e representações sociais acerca da criança com DFM, entre alunos de fisioterapia de uma universidade privada do Rio de Janeiro[1]. O estudo, de caráter qualitativo e exploratório, contou com 24 sujeitos selecionados a partir de duas categorias de representação em termos de extrato no campo: Alunos Iniciantes (AI), grupo formado por alunos devidamente matriculados no curso de Fisioterapia que já haviam cumprido até cinquenta por cento da carga horária total do curso no início da coleta de dados e que ainda não haviam cursado a disciplina de Fisioterapia em Pediatria; e Alunos egressantes do estágio no setor de Fisioterapia Pediátrica da Clínica Escola de Fisioterapia da própria universidade. Esse grupo foi reorganizado em dois subgrupos, Alunos Egressantes 1 (AE1) e Alunos Egressantes 2 (AE2), como estratégia metodológica, no sentido de aumentar a confiabilidade dos dados a partir da aplicação de diferentes instrumentos de investigação: a entrevista semiestruturada e o grupo focal[31].

As entrevistas realizadas com os AI e com os AE1 foram gravadas e guiadas por roteiro semiestruturado[32]. O grupo focal foi realizado, pelo pesquisador, com o grupo de AE2 na presença de dois moderadores. Foi utilizado um roteiro de três perguntas deflagradoras contendo os seguintes aspectos: as possíveis mudanças ocorridas nas representações sociais acerca da DFM; a que fatores da sua formação eles atribuem essa mudança; e as influências do estágio na sua formação profissional e pessoal. Conforme afirma Morgan[33], o grupo focal difere da entrevista em grupo, já que não é apenas uma sequência de perguntas e respostas, e sim envolvimento e interação entre os participantes durante a discussão.

Após a coleta de dados, foi realizada a transcrição das falas, a pré-análise e a categorização a partir da análise dos seus conteúdos com relação aos objetivos propostos pela pesquisa, obedecendo as fases de descrição, inferência e interpretação[34]. Considerou-se, como critério de relevância central, as respostas categorizadas de forma mais frequente e primeiramente evocadas - Núcleos Centrais (NC). As demais categorias foram analisadas como sistemas periféricos de importância (SP), que dialogam com as categorias centrais, complementando-as, ou mesmo, trazendo ambiguidades. As falas do grupo focal foram gravadas, transcritas e submetidas à análise temática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Gama Filho, em 07/10/2011, pelo Parecer 144.2011, e todos os sujeitos envolvidos assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido e receberam a cópia deste termo[35].

Resultados e discussão

Significação e ressignificação da deficiência

Intencionamos verificar a compreensão do termo DFM pelos alunos de fisioterapia a fim de identificar em que conceitos e valores ancoram-se as suas representações e quanto estão baseadas nos aspectos teórico-científicos.

A partir das falas dos AI, pudemos organizar as respostas e observar que os alunos definem a deficiência como uma dificuldade de movimentos, deficiência das habilidades motoras e dificuldade de coordenação, entre outras, em consonância com o conceito sugerido por Israel e Bertoldi[4], o que nos leva a identificar, nas falas dos sujeitos, a apropriação inicial de uma linguagem mais científica, como pode ser exemplificado nas seguintes falas:

> "É quando uma pessoa tem dificuldade de realizar algum movimento". (AI8)

> "É uma deficiência das habilidades motoras que pode ser temporária ou definitiva...". (AI1)

Observa-se, também, uma visão interpretativa dos alunos sobre a DFM mais baseada no senso comum e na observação empírica do cotidiano, sugerindo os reflexos, dificuldades e limitações que essas pessoas podem ter em virtude de sua deficiência.

A análise de como é feita a construção do conhecimento ao longo da trajetória no curso de fisioterapia, a partir do ementário das disciplinas teórico-conceituais, nos possibilitou associar o contato do aluno com conceitos, classificações e tipificações a certa familiarização conceitual sobre a DFM. Como estes alunos ainda não passaram pela disciplina de estágio supervisionado, o contato físico e direto com essas crianças ainda não ocorreu, e o suporte (repertório de classificação) para dar respostas definitivas e claras a esta pergunta parece ser ainda frágil, em processo de reenquadramento.

A definição da DFM aparece ancorada por conceitos mais próximos e imediatos, aqueles apreendidos dos sistemas universais classificatórios do domínio da fisioterapia ou do conhecimento biomédico em geral. Assim como no exemplo dado por Moscovici,[16] ao explicar a ideia de ancoragem sendo semelhante a "ancorar um bote perdido em um dos boxes (pontos de sinalização) de nosso espaço social", os elementos incorporados no processo teórico-formativo desses alunos são aqueles que dão o suporte a estas representações, já que representar é classificar e escolher, dentre as possibilidades estocadas em nossa memória, algum paradigma, alguma base que permita transitar, mesmo vagamente, diante de algo ou de uma situação não usual.

Foi também possível observar que os AI representam a criança com DFM pela diferença, mas com uma condição inferior apontada pela anormalidade, denunciada pelo corpo disforme, pela assimetria, pela falta e pela necessidade de auxílio e órteses, como postula Pereira[6].

> "... então... eles sabem que crianças normais estudam, brincam, correm e eles não podem fazer isso...". (AI 7)

Podemos verificar claramente, nas falas, a presença do estigma, já que a DFM em crianças é representada como um atributo que, além de torná-las diferentes das outras crianças, produz efeito depreciativo, de descrédito, de fraqueza, de incapacidade, como *a desvantagem no ato de brincar*. Segundo Goffman,[10] quando existe uma preconcepção sobre algo ou alguém, nós a transformamos em expectativas normativas e "exigimos" os padrões esperados para enquadrarmos ou incluí-las em certa categoria. Neste caso, observa-se a presença de suposições feitas sobre como as crianças deveriam ser e como estas crianças supostamente são. Há idealização da liberdade de gestos, da exploração do corpo frente à natureza, ao espaço e aos outros corpos infantis; há o sentimento de que o corpo é o próprio lugar do lúdico.

A ideia de doença, muito presente no senso comum, é ainda encontrada no sistema periférico de representações dos A1 e, como sistema particular de categoria, coloca a DFM em oposição à saúde enquanto idealização do corpo e do seu funcionamento sem deformações ou aparente limitações.

Ao perguntarmos aos alunos egressantes o que entendiam sobre o termo DFM, observamos uma maior percepção geral sobre o tema apontando para as dificuldades (dificuldade de locomoção, comunicação, aprendizado motor e a defasagem cognitiva), e o reforço da ideia da dificuldade de movimento, já destacada pelos AI como núcleo central.

Observamos que os alunos AE1 além de atribuírem novos conteúdos teóricos à conceituação, não citaram a categoria *"pessoa doente"* para definir a criança com DFM. Esta representação, bastante dominante no senso comum, parece ceder à noção mais científica compreendida como sequela neuromotora, traduzida, no corpo, por transtornos de tônus, postura e expressão motora.

Este é um ponto importante para a discussão sobre as representações sociais, pois não podemos considerar que somente os saberes populares ou o senso comum são a sua expressão. Vemos em Moscovici[36] que as representações sociais podem ser encontradas sob outras formas, além dos saberes

do senso comum, como nas ciências, nas religiões, nas ideologias, entre outras. O que torna uma representação social paradigmática são justamente as forças de poder e da linguagem que são exercidas sobre ela e através dela. Como afirma Gusmão,[37] a interação envolve linguagem, cultura e alteridade, que são elementos complementares e conflitivos, sendo a alteridade o maior desafio das culturas.

O conceito teórico sobre a deficiência entre os AE1 é ainda ampliado em comparação com os AI, podendo ser compreendido em duas subunidades temáticas: características específicas e características associadas. As características específicas ligadas à própria definição apontada por Israel e Bertoldi[4], assim como pelo Decreto Federal nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999[2]. Já as características associadas sinalizam as principais dificuldades e defasagem associadas.

Os alunos foram indagados sobre que sentimentos eram gerados ao verem ou pensarem em uma criança com DFM. Na análise das entrevistas com os AI, observou-se que as respostas se centralizavam na ideia de *pena, tristeza,* de *negação da tristeza* e de *solidariedade*.

> "Acho que não seria tristeza... mas seria de cuidar, de poder ajudar". (AI8)

Os AE1 afirmaram que os sentimentos gerados sobre a DFM **antes** do estágio eram de pena, preconceito e indignação.

> "Via um pouco com pena e não com esperança como atualmente". (AE1 1)

> "Antes eu achava que era uma coisa terrível... hoje em dia não". (AE1 4)

Ressaltamos a importância da comparação entre os dois grupos de alunos (AI e AE1) uma vez que o sentimento de pena dos AE1 antes do estágio é muito semelhante ao dos AI que ainda não passaram pelo estágio. Tal sentimento pode ser explicado pelo *imediatismo de identificação* das marcas presentes no corpo[9] que exerce um fator importante na representação social da DFM, traduzido em sentimentos de pena, tristeza e impotência. Esta categoria analítica nos dá pistas sobre a falta de familiarização com esta realidade, que, ao nosso olhar, pode ser minimizada pela experiência do estágio supervisionado, dentre outras ações que privilegiem a vivência e o encontro com as diferenças.

Destacamos, também, que sentimentos de piedade acabam por favorecer o comportamento de evitação desta realidade e o receio de aproximação como produto do próprio tabu, como observado por Rodrigues[18] e Le Breton,[8] no que diz respeito à dificuldade de lidar com um corpo que não é o espelho do seu próprio corpo.

Ao serem questionados sobre os sentimentos gerados ao verem ou pensarem em uma criança com DFM após o estágio, observamos que algumas das categorias se repetiram, entretanto, a *negação da pena* aparece como núcleo central, seja por autoproteção aos supostos julgamentos que o pesquisador poderia fazer, seja pela própria reflexão crítica sobre um sentimento bastante comum socialmente, mas que, agora, precisaria ser evitado pela condição de expectativa gerada no futuro profissional, ou pela real mudança das representações.

> "Tem pessoas que ficam com pena, eu não fico com pena". (AE1 3)

> "Não é pena, mas eu não sei explicar o que é". (AE1 8)

As falas dos AE1 revelam a mudança dos sentimentos em comparação com as percepções antes do estágio, uma vez que a relação com essas crianças trouxe esclarecimento acerca dos seus comportamentos e atitudes em relação a sua própria deficiência, ou seja: há um nítido deslocamento da percepção da deficiência como um tabu à aproximação desta realidade e de uma nova forma de ver estas crianças.

> "Via um pouco com pena e não com esperança como atualmente". (AE1 1)

> "Antigamente eu olhava e dizia, coitado. Hoje eu sei que posso fazer alguma coisa... antes eu não tinha essa visão". (AE1 3)
>
> "Antes eu achava que era uma coisa terrível... hoje em dia não". (AE1 4)
>
> "Eu sentia pena da criança, mas depois que fui para o estágio eu vi que elas são felizes do jeito delas". (AE1 7)

Para esta reflexão, recorremos a Gusmão[37] por observar que a imagem social da infância ainda é uma construção dos adultos a partir de seus contextos sociais vividos, logo, ela é, na maioria das vezes, imprecisa. Neste sentido, podemos afirmar que as representações sobre a criança com DFM podem amplificar, por sua condição de fatalidade precoce: os pré-julgamentos sociais, as diferenças que consideram o corpo ou o comportamento disfuncional e "anormal", algo atípico e "deficiente", como já afirmou Maia[5]. Quando os AI apresentam consequências, em geral negativas para a vida dessas crianças, em especial a dificuldade no brincar, temos, como observação, uma forte impressão de que a representação da criança como ente sagrado, puro, ainda perfeito e possível, não somente cria uma identidade social virtual sobre a infância e suas possibilidades, como pode distanciar ainda mais a apropriação sobre as reais condições, possibilidades e impossibilidades da criança com DFM. Amplia-se a imprecisão sobre a avaliação, podendo agravar o distanciamento na relação terapêutica, caso não haja apropriação devida desta realidade.

As falas dos AE extraídas do grupo focal nos ajudam a esclarecer melhor e objetivar o papel do estágio na mudança das representações, uma vez que nos possibilitam visualizar as representações antes e após o estágio (Quadro 1).

Percebe-se que as respostas são mais precisas e que os alunos falam sobre o tema com mais conforto e segurança, o que nos faz identificar a dinâmica de transformação do não-familiar em familiar, discutida por Oliveira[38] e explicitada na teoria das representações sociais. Conforme Moscovici,[16] "Ao nomear algo, nós o libertamos de um anonimato perturbador, para dotá-lo de uma genealogia e para

Quadro 1. Distribuição das teses e dissertações sobre Residências em Saúde, conforme as áreas dos programas onde foram produzidas, de 1987 a 2011

Antes do estágio	Depois do estágio
. Sentimento de pena . Medo de manuseio . Insegurança profissional . Imediatismo do objetivo terapêutico . Percepções banalizadas da realidade da deficiência . Sentimento de tristeza	. Abandono do sentimento de pena . Percepção da capacidade de adaptação da realidade . Percepção de que elas são felizes . Percepção de sofrimento maior dos genitores . Necessidade de manuseios . Valorização dos ganhos físico-motores . Visão global da criança deficiente . Preocupação com os pais . Valorização das técnicas . Maior envolvimento com a criança . Mudanças pessoais . Preocupação com as adaptações e barreiras . Troca de papéis . Superação pessoal . Percepção da superação da criança com DFM . Maior respeito pela criança com DFM . Lição de vida . Preocupação com o cuidar e tratar

incluí-lo em um complexo de palavras específicas, para localizá-lo, de fato, na matriz de identidade da nossa cultura". Quando algo não é facilmente compreendido, torna-se confuso, difuso, e não permite nem a sua melhor comunicação nem a sua ligação a outras imagens.

> "... antes tinha muita pena... trabalhando com as crianças... elas são felizes do jeito que elas são... eu parei de ter pena de criança deficiente, eu acho que os pais sofrem muito mais do que a própria criança...". (AE2 1)

> "A primeira visão que a gente tem mesmo é de pena, antes de ter o conhecimento". (AE2 4)

Ao reagruparmos as categorias surgidas nas falas dos AE2, a análise possibilitou três unidades de sentido sobre o que mudou após o estágio: as mudanças pessoais, mudanças com relação à prática, e mudanças na forma de ver a criança com DFM (Quadro 2).

Quadro 2. Unidades temáticas - mudanças nas representações acerca da criança com DFM – AE2

Unidades temáticas	Categorias
Mudanças pessoais	. Abandono do sentimento de pena . Percepção de que elas são felizes . Percepção de sofrimento maior dos genitores . Mudanças pessoais . Troca de papéis . Superação pessoal . Lição de vida . Maior respeito pela criança com DFM
Mudanças profissionais	. Valorização das técnicas . Preocupação com os pais . Maior envolvimento com a criança . Preocupação com o cuidar e tratar . Preocupação com as adaptações e barreiras . Valorização dos ganhos físico-motores
Mudanças na forma de ver a criança	. Percepção da capacidade de adaptação da realidade . Necessidade de manuseios . Visão global da criança deficiente . Percepção da superação da criança com DFM

Não há, nas falas, a compreensão reduzida ao ponto de vista técnico e biomédico, o que dá, ao estágio supervisionado, um valor não somente da vivência intersubjetiva, mas da possibilidade de construção do conhecimento a partir da interação de outros paradigmas teórico-científicos das ciências humanas e sociais discutidos e vivenciados no estágio. Nota-se que a mudança nas representações sobre a criança com DFM é percebida em declarações que vêm atreladas às mudanças também profissionais, como: *valorização das técnicas de intervenção, maior envolvimento com a criança e seus pais e preocupação com o cuidar e tratar*. Valores e atitudes humanizadas que vão ao encontro do desejado pelas DCN´s[39] para o perfil de egresso que vai atuar em diferentes frentes de atendimento à população, e que, gradativamente, vem preenchendo as equipes dos núcleos de saúde da família, o que, para Silva e Da Ros,[40] apresenta-se como um grande desafio na formação dos profissionais de fisioterapia.

Fatores atribuídos às transformações das representações

Os AE atribuem as mudanças na forma de ver e pensar a deficiência: ao próprio contato físico com a criança com DFM e seu cotidiano, ao conhecimento adquirido no estágio supervisionado, e à síntese pessoal, uma vez que cada um é capaz de atribuir valores ao que vive e retirar dessas vivências o que achar pertinente, na medida em que se possibilita transformar.

> "Cada um vai construindo o seu conteúdo... todo mundo passou pelo mesmo estágio, praticamente, mas cada um saiu com uma percepção, um pensamento...". (AE2 2)

> "Você vivendo nunca é igual a alguém contar pra você" ... "É a prática que te dá experiências". (AE2 1)

> "Só a prática mesmo... o conteúdo teórico não proporciona essas experiências...". (AE2 2)

A valorização do estágio supervisionado pelos AE2, em relação às transformações desses sentimentos, é associada à importância do supervisor de estágio. Atributos como paixão pela área, dedicação, confiança, interesse e criatividade, são apresentados como essenciais na relação professor-aluno.

> "O estágio é muito importante desde que o nosso orientador, nosso supervisor de estágio, seja bom e interessado e criativo." (AE2 4)

Os alunos observam que as ações pedagógicas propostas pelo supervisor de estágio são essenciais para manter o interesse pelo estágio e o aproveitamento integral durante sua prática. A partir da análise das falas, pudemos, em síntese, inferir que estas ações pedagógicas valorizadas pelos alunos são baseadas nos seguintes princípios norteadores: ***vínculo afetivo, observância, autonomia, respeito, ludicidade e autoridade.***

O ***vínculo afetivo*** se constrói como primeiro passo no processo terapêutico. Num primeiro momento durante a prática de estágio, o aluno é orientado a realizar a leitura de prontuários dos pacientes que estarão sob seus cuidados terapêuticos, e, a partir daí, se estabelece o primeiro contato com a criança com DFM. Como a afetividade é apontada como um princípio gerador de confiança, os alunos destacam a liberdade de trocar os pacientes conforme a afinidade e a adaptação ao terapeuta como uma importante ação pedagógica. Nesse período é também estabelecido o contato com os pais ou com o cuidador que traz essa criança à fisioterapia.

> ... pra ela (a criança) parece que é uma brincadeira, que não é um tratamento, ela sai feliz da vida, gosta de você, quer voltar para o tratamento... e ao mesmo tempo você avaliou e tratou... brincando com ela... criando esse vinculo que é importante". (AE2 1)

> "... o principal era a liberdade que ele (supervisor de estágio) dava pra gente trabalhar... caso uma criança não se adaptasse... às vezes um ajudava o outro... a gente fez estágio todo mundo junto no mesmo grupo... às vezes uma criança ficava mais a vontade com outro estagiário e a gente podia trocar... então deixa que eu vou ficar com ela e você atende meu outro paciente que é no mesmo horário". (AE2 4)

A capacidade de ***observância*** da criança também é uma conquista que pode ser proporcionada pelo estágio em relação ao olhar terapêutico. O aluno passa a ver a deficiência sob uma nova perspectiva, considerando a complexa dinâmica do conhecer, do reconhecer as diferenças e do tratar. Na prática terapêutica, o aluno é orientado a respeitar a vontade e a limitação da criança, mas sempre na tentativa de explorar os objetivos terapêuticos, mesmo indiretamente, sem que a criança perceba que está sendo tratada e associe o tratamento ao brincar.

> "Sempre brincando... trabalhando e brincando... tinha que ser assim, senão não ia... cada paciente você tem uma forma de se tratar... não é um protocolo". (AE2 1)

Logo, a ***ludicidade***, já apresentada por Takatori[41] como importante ferramenta para a intervenção em reabilitação de crianças com DFM, ocupa lugar fundamental na medida em que amplia as possibilidades de interação, envolvimento e prazer internalizado. O aluno passa a experimentar e reviver o brincar reforçando o vinculo afetivo, a criatividade e a autonomia.

Por outro lado, o lúdico também é visto como uma ferramenta que traz maior dificuldade dentro do estágio, já que demanda criatividade e predisposição na construção das brincadeiras, respeitando os objetivos que precisam ser alcançados e, também, as limitações e capacidades de cada criança frente as suas deficiências.

> "Eu acho que o lúdico é o mais difícil pra gente, tanto na avaliação quanto no tratamento". (AE2 2)

A ***autonomia*** para a construção da proposta terapêutica, baseada no conhecimento teórico e na vivência com a criança, também é um fator importante durante o estágio na área, incentivando a criatividade e proporcionando segurança profissional, mesmo com o acompanhamento do supervisor durante a execução das manobras e na discussão das propostas. A elaboração da prática terapêutica se dá pelo próprio aluno, sem perder o foco nos objetivos de tratamento a curto, médio e longo prazo discutidos e traçados.

> "... ele (supervisor do estágio) sempre deixou a gente muito livre... pra atender da maneira que a gente achava e se caso ele discordasse ele sempre sentava depois para discutir... bom eu acho melhor fazer assim ou fazer assado.... mas a gente sempre teve liberdade para trabalhar da maneira que a gente achasse melhor". (AE2 4)

> "A gente acabou desenvolvendo uma maneira de trabalhar... cada um desenvolveu uma maneira de trabalhar... cada um começou a desenvolver, por conta dessa liberdade, de cada um poder fazer o que quisesse... a gente começou a desenvolver padrões nossos de tratamento". (AE2 2)

Os alunos, ao valorizarem a oportunidade da criatividade no tratamento, consideram a sua capacidade em elaborar novas técnicas e, ao mesmo tempo, pensar novos usos para as técnicas já existentes, o que significa que estão construindo conhecimento. Esta perspectiva é o resultado de uma pedagogia da práxis defendida por Gadotti[28], aplicada aqui na intenção de se pensar a realidade da intervenção em saúde não como realidades dadas e que devem ser reajustadas ao conhecimento sistematizado, mas como realidades das quais algo já se conhece, mas muito há para se conhecer, mesmo porque a própria certeza deste real é constantemente relativizada e reconstruída.

Por fim, os alunos destacam o ***respeito*** como um importante princípio na mediação pedagógica do supervisor. O respeito à criança, seus limites e sua vontade, respeito aos pais ou cuidadores, respeito aos colegas de estágio e ao próprio supervisor. Aprender a respeitar envolve mudança no olhar, na maneira de ver o outro e na reflexão sobre as representações sociais e as próprias representações. O respeito relaciona-se diretamente com o princípio da alteridade,[38] que reconhece, no outro, a diferença e, ao mesmo tempo, a parte constitutiva de nós mesmos, o que se torna tão necessário na prática educativa.

> "Você tem que olhar pelo olho da criança e não pelo seu olhar adulto... a criança que é o ponto principal". (AE2 3)

A ***autoridade*** durante o processo terapêutico também foi vivenciada pelo aluno durante o estágio com a criança com DFM. A autoridade apresenta-se como o maior desafio, já que é importante

equilibrar o querer da criança e o fazer terapêutico sem comprometer o vínculo afetivo e mantendo o interesse da criança pelo lúdico e pelas propostas terapêuticas.

> "Você encontrar a medida certa... assim na questão da firmeza... não adianta você só brincar, você tem que ter uma firmeza, a criança tem que te respeitar... e você encontrar essa medida de equilíbrio aí, foi uma coisa que com essa liberdade a gente tinha que conseguir". (AE2 5)

Considerações finais

> "A pediatria vai estar sempre no meu coração... pra sempre". (AE2 3)

Este estudo procurou analisar as representações dos alunos do estágio em fisioterapia acerca da DFM em crianças, verificando possíveis transformações ao longo da sua formação acadêmica, tendo em vista o papel do estágio curricular nesse processo e as implicações para a prática profissional.

Observamos que a relação aluno e criança com DFM, durante o estágio em pediatria, é fator crucial para reduzir os aspectos negativos, bem como atribuir novos valores a essas crianças. A apropriação da linguagem técnica adquirida em todo o período formativo-teórico é agregada a fundamentos psicossociais a partir da vivência com a criança com DFM, permitindo o esvaziamento das preconcepções que dão origem ao estigma e o deslocamento, mesmo que gradual, de uma caracterização cristalizada socialmente para uma representação que permita ver as possibilidades, e não as desgraças. Para Goffman[10], esse movimento assume a passagem da *identidade social virtual* para a *identidade social real*, esta última caracterizada pela categoria e os atributos que os indivíduos provam possuir. Os sentimentos de pena e tristeza cedem lugar ao conhecimento de um novo universo, a possibilidade de funcionalidade, evolução e de alegria num quadro antes interpretado como cheio de limitações.

A formação em saúde, especificamente em fisioterapia, considerando a visão multi e transdisciplinar com peso curricular distribuído de forma a atender o enfoque integral desejado pelas DCN´s para a conduta profissional, é hoje o principal desafio para as instituições de Ensino Superior. Considerando que representações e ações são forças que se completam e se fortalecem na coexistência, as reflexões contínuas são necessárias para se estabelecer a ruptura e novas configurações. Por isso, a necessidade do conflito reafirmada por Moscovici[36] para as representações sociais.

Representações e ações não refletidas acabam reforçando uma cadeia viciosa de distanciamento, tanto pelo ponto de vista do desejo profissional de intervir na área da DFM quanto pela dificuldade em lidar com respostas físicas distanciadas das idealizadas pelos protocolos de reabilitação. Muitas vezes, não se conhece o outro, mas inicia-se a terapêutica com certezas e classificações *a priori*. Entretanto, o "ser" deficiente e o "sentir-se" deficiente são perspectivas que vão se (re)traduzindo conforme as experiências das próprias pessoas com DFM, o que, muitas vezes, vai conferindo novos sentidos para a deficiência[42].

É neste contexto que a alteridade se faz necessária para reconhecer o outro, ouvir as suas necessidades, sem que sejam prejulgadas as diferenças, sem que o tratamento seja evitado ou diferenciado por conta da não-familiarização com a deficiência.

Conclui-se que o currículo em fisioterapia deve buscar a interface entre as diferentes áreas do conhecimento, valorizando, ainda mais, as ciências humanas e buscando a dinâmica entre teoria e prática para ação e reflexão sobre os diversos campos de atenção à saúde. O estágio como conhecimento e práxis deve ser incentivado, especialmente, o estágio em Fisioterapia Pediátrica, uma vez que os ganhos extrapolam a mudança na forma de ver a criança com DFM, trazendo benefícios e recursos profissionais incomparáveis, além de valores pessoais essenciais para a formação humana, integral e pautada numa cidadania mais crítica e emancipada. O estudo, por ter caráter qualitativo, contou com um número limitado de estudantes, o que não representa o universo dos alunos em formação. Os resultados apresentam indicadores relevantes sobre o papel do estágio na formação crítica, e apontam a necessidade de ampliação das informações, a partir de pesquisas continuadas de avaliação de métodos de ensino em saúde.

Colaboradores

Leandro Dias de Araujo foi idealizador do tema e responsável pela elaboração do artigo, de sua discussão e redação e da revisão do texto. Ana Lucia de Souza Freire Santos responsabilizou-se pela revisão de literatura sobre deficiência. Adriano Rosa fez a revisão final do texto. Marta Corrêa Gomes orientou o processo de elaboração e trabalhou no desenvolvimento e conclusão do trabalho.

Referências

1. Araujo LDA. O estágio curricular como práxis pedagógica: representações sociais acerca da criança com deficiência físico-motora entre alunos de fisioterapia [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho; 2013.

2. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1999. [acesso 2013 Dez 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/

3. Referencial Curricular Nacional para a educação infantil: estratégias e orientações para a educação de crianças com necessidades educacionais especiais. Brasília, DF: MEC/SEF; 2000.

4. Israel VL, Bertoldi LS. Deficiência físico-motora: interface entre educação especial e repertório funcional. Curitiba: Ipbpex; 2010.

5. Maia ACB. A importância das relações familiares para a sexualidade e a autoestima de pessoas com deficiência física. Portugal; 2010 [acesso 2013 Dez 20]. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0515.pdf

6. Pereira RJ. Anatomia da diferença: uma investigação teórico-descritiva da deficiência à luz do cotidiano [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 2006.

7. Omote S. Deficiência e não deficiência: recortes do mesmo tecido. Rev Bras Educ Esp. 1994; 1(2):65-73.

8. Le Breton D. A sociologia do corpo. Petrópolis: Vozes; 2006.

9. Stoer S, Magalhães AM, Rodrigues D. Os lugares da exclusão social. São Paulo: Cortez; 2004.

10. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.

11. Vaitsman J. Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. Cad Saude Publica. 2002; 18 Supl:37-46.

12. Omote S. Estigma no tempo da inclusão. Rev Bras Educ Esp. 2004; 10(3):287-308.

13. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. Interface (Botucatu). 2009; 3(28):177.

14. Musis CR, Carvalho SP. Representações sociais de professores acerca do aluno com deficiência: a prática educacional e o ideal do ajuste à normalidade. Educ Soc. 2010; 31(1110):201-17.

15. Lomônaco JFB, Cazeiro APM, Ferreira AM. Concepções de deficiência e reabilitação: um estudo exploratório com graduandos de Fisioterapia. Psicol Esc Educ. 2006; 10(1):83-97.

16. Moscovici S. Representações sociais, investigações em psicologia social. Petropólis: Vozes; 2003.

17. Berger P, Luckamann TA. construção social da realidade. Petrópolis: Vozes; 1973.

18. Rodrigues J. Tabu do corpo. Rio de Janeiro: Achiamé; 1983.

19. Ceccim RB, Feuerwerker L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1400-10.

20. Barros FBM. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

21. Cunha JHSC. A representação social do curso de fisioterapia: a visão do formando [dissertação]. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau; 2006.

22. Pfister APL. A formação pedagógica dos professores de fisioterapia de uma Universidade do Estado de Minas Gerais: um estudo de caso [dissertação]. Franca: Universidade de Franca; 2006.

23. Teixeira LJ, Oliveira MAC. Estágios curriculares em fisioterapia. Fisioter Bras. 2007; 8(1):57-63.

24. Morais EGM. Docência universitária: o professor fisioterapeuta no curso de fisioterapia [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2008.

25. Moraes M. Discursos sobre as práticas no contexto da formação de fisioterapeutas no Rio Grande do Sul [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

26. Almeida ALJ, Guimarães RBO. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. Rev Fisioter. Pesqui. 2009; 16(1):82-8.

27. Nascimento Neto CD. Projeto pedagógico do curso de fisioterapia da Universidade do Oeste de Santa Catarina: uma leitura do processo de reconstrução da proposta curricular [dissertação]. Joaçaba: Universidade do Oeste de Santa Catarina; 2011.

28. Gadotti M. Pedagogia da práxis. 4a ed. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire; 2004.

29. Pimenta SG. O estágio na formação de professores: unidade teórica e prática? 3a ed. São Paulo: Cortez; 2005.

30. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1411-6.

31. Becker HS. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec; 1993.

32. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

33. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. London: Sage; 1997. (Qualitative research methods, v.16).

34. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

35. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96, de 10 de outubro de 1996. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1996 Out. 16; Seção 1:21082-5.

36. Moscovici S. Prefácio. In: Guareschi P, Jovchelovitch S. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 7-25.

37. Gusmão N. Linguagem, cultura e alteridade: imagens do outro. Cad Pesqui. 1999; (107):41-78.

38. Oliveira AAS. O conceito de deficiência em discussão: representações sociais de professores especializados. Rev Bras Educ Esp. 2004; 10(1):59-74.

39. Ministério da Educação. Resolução nº CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia [acesso 2013 Dez 20]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne

40. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Cienc Saude Colet. 2007; 12(6):1673-81.

41. Takatori M. O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: privilegiando um olhar para a construção das intervenções em reabilitação [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

42. Martins JA, Barsaglini RA. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. Interface (Botucatu). 2011; 15(36):109-21.

Araujo LD, Santos ALSF, Rosa A, Gomes MC. La pasantía curricular como praxis pedagógica: representaciones sociales sobre los niños con deficiencia físico-motora entre estudiantes de Fisioterapia. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):151-64.

El artículo analiza la transformación de las representaciones sociales de los alumnos de fisioterapia sobre el niño con deficiencia físico-motora, influenciada por la pasantía en fisioterapia pediátrica. Para la problematización consideramos el modo estigmatizado en que las personas con deficiencias son representadas y la influencia de la pasantía curricular supervisada en la formación académica en salud. La encuesta, de carácter cualitativo, se realizó con 24 alumnos ingresados y formados en fisioterapia pediátrica que realizaron entrevistas semi-estructuradas y grupo focal. El estudio permitió la inferencia de que las representaciones son fundamentalmente posibilitadas por la experiencia de la pasantía, aunque las disciplinas teórico-conceptuales suministren subsidios técnicos para la intervención. De esa forma, el currículum debe dar énfasis a la pasantía como conocimiento y praxis, puesto que los beneficios extrapolan el cambio en la manera de ver la discapacidad, proporcionando beneficios y recursos profesionales incomparables, además de valores esenciales para la formación humana.

Palabras-clave: Educación. Formación en salud. Fisioterapia. Rehabilitación. Niños.

Recebido em 19/09/13. Aprovado em 30/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0558

A dissecação como ferramenta pedagógica no ensino da Anatomia em Portugal

Carlos Marques Pontinha[a]
Cristina Soeiro[b]

Marques Pontinha C, Soeiro C. Dissection as a pedagogical tool in anatomy teaching in Portugal. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):165-75.

Over the course of history, there has not been any consensus regarding the importance of using human cadavers for educational and research purposes. In the past, to obtain the cadavers essential for teaching, it was necessary not only to use cadavers of the condemned and those not claimed by their families, but also to steal and/or purchase corpses. These solutions, besides being ethically and legally inadmissible, always proved to be insufficient for the needs of medical schools. Over the last few decades, global awareness of the legitimacy of cadaver donation has gradually increased, and this is considered today to be the dignified way to fill this need. This article presents a historical, legal and pedagogical review of the literature on the importance of using of human cadavers in the teaching of human anatomy in medical schools, including in Portugal, especially the role of cadaveric dissection complementarily with other teaching tools.

Keywords: Anatomy. Cadaver. Dissection. Donation. Medical education.

Ao longo da História, a importância da utilização de cadáveres humanos para o ensino e investigação não tem sido consensual. No passado, a obtenção dos cadáveres indispensáveis ao ensino passou pelo recurso a cadáveres de reclusos, de não reclamados e ao roubo e/ou compra. Para além da inadmissibilidade ética e jurídica destas soluções, estas revelaram-se insuficientes para as necessidades das escolas médicas. Nas últimas décadas, a consciência global da legitimidade da doação de cadáveres foi-se intensificando, considerando-se, hoje, a forma digna de colmatar essa falta. Neste artigo realizou-se uma revisão da literatura com o objetivo de se fazer uma resenha histórica, jurídica e pedagógica sobre a importância da utilização de cadáveres humanos no ensino da Anatomia Humana nos cursos de Medicina, incluindo em Portugal, nomeadamente pelo recurso à dissecação cadavérica em complementaridade com outras ferramentas pedagógicas.

Palavras-chave: Anatomia. Cadáver. Dissecação. Doação. Educação médica.

[a] Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, Hospital de São José, Serviço de Anatomia Patológica. Rua José António Serrano 1150-199. Lisboa, Portugal. carlosmpontinha@hotmail.com

[b] Centro Hospitalar do Porto EPE. Largo Prof. Abel Salazar 4099-001. Porto, Portugal. cristinaasp@hotmail.com

Introdução

A utilização de cadáveres humanos para fins de ensino médico é uma prática comum em todo o mundo e ao longo da História. Esta utilização não é, contudo, desprovida de dilemas éticos e sociais. A este propósito afirma Gouveia que "o corpo humano morto permanece numa zona de penumbra onde imperam as emoções" e que, apesar da pessoa falecida não ter personalidade jurídica, "O cadáver é um ser com direitos e deveres, tendo a relevância dos mesmos oscilado no tempo entre o plano social, o religioso, o jurídico e o científico"[1].

Objetivos

Com este trabalho pretendemos criar um documento, em língua portuguesa, que sensibilize para a relevância da dissecação de cadáveres no ensino da Anatomia Humana. Para tal, fazemos uma breve revisão histórica sobre a utilização deste método de ensino, nomeadamente, nas faculdades de Medicina portuguesas; bem como sobre a legislação que a regulamenta em Portugal, e procuramos, ainda, refletir sobre as suas potencialidades e limitações. Este documento poderá servir de incentivo para outros médicos e académicos, naturais de países lusófonos, utilizarem e promoverem a dissecação na formação pré e pós-graduada nos seus países.

Metodologia

Foi efetuada uma pesquisa da literatura científica publicada, nas línguas portuguesa e inglesa, até março de 2013, através de bases de dados médicas, nomeadamente, Medline® e SciELO®. Utilizaram-se como palavras-chave: *anatomy* ou *medical education* ou *dissection*. Foi também consultada uma dissertação académica defendida e aprovada numa Universidade portuguesa e a legislação relacionada com o tema. A seleção das referências bibliográficas foi feita de acordo com a sua adequação aos objetivos.

Resultados

O percurso histórico da dissecação de cadáveres

Etimologicamente, dissecar significa cortar. As primeiras dissecações de cadáveres humanos para fins científicos foram realizadas por Herófilo (Calcedónia, 335 a.C.-280 a.C.)[2]. No Antigo Egito (3000 a.C.-30 a.C.), o desenvolvimento das práticas de embalsamamento obrigou, e motivou, o estudo da Anatomia Humana[2]. Aí o interesse pela Medicina era tal que a dissecação de cadáveres de animais e de humanos estava autorizada a médicos ilustres como Erasístrato (310 a.C.-250 a.C.)[2]. Para os hebreus, no século I a.C., o cadáver era considerado impuro e, por isso, devia ser tocado o menos possível; porém, a maioria dos conhecimentos anatómicos do Talmud provém do estudo de autópsias realizadas em criminosos e prostitutas[1]. Com o advir do Cristianismo, o progresso científico passou a estar sob o controlo da Igreja Católica[2]. O Papa Bonifácio VIII (ca. 1235-1303) mandou publicar, em 1 de Março de 1300, a bula *De Sepulturis*, onde afirmava excomungar todos aqueles que ousassem "desmembrar um cadáver ou tirar-lhe pela cocção a ossada"[2,3]. A bula papal proibia o costume, da época, de descarnar as ossadas dos nobres que iam para a Itália com os exércitos alemães e que aí morriam, para, posteriormente, transladarem os seus restos mortais para os seus países de origem[3].

Porém, segundo a interpretação de Letti, a bula papal não proibia a dissecação anatomica, contrariamente ao que afirmou Haller, que apelidou Bonifácio VIII de *imperitus et ferox pontifex*[(c)3]. Letti considera, aliás, que a dissecação científica de cadáveres humanos foi sempre incentivada pela Igreja, referindo, a título de exemplo, o caso de Realdo Colombo (ca. 1516-159) que estudou anatomia dissecando os cadáveres de cardeais e bispos[3].

[(c)] Rude e agressivo pontífice.

Na Europa medieval, a primeira dissecação para fins de ensino universitário é atribuída a Mondino dei Luizzi (ca. 1270-1326) no ano de 1315, na Universidade de Bolonha[2]. Andreas Vesalius (1514-1564) utilizou corpos de condenados para efetuar as investigações que lhe permitiram publicar, em 1543, o tratado *De humanis corporis fabrica*[4]. Segundo Gouveia, nos séculos XVI e XVII

> os vivos, apesar das exceções, foram assegurando os direitos dos cadáveres quanto à proteção e respeito merecidos à inumação, à não comercialização do todo ou de partes, às exéquias fúnebres e à atenção real e espiritual prestada postumamente[1].

A partir dos finais do século XVII, a dissecação cadavérica volta a assumir um lugar de destaque na progressão do conhecimento científico, devido, em grande parte, à prática da autópsia clínica tal como testemunham as obras *De sedibus et causis morborum per Anatomen Indagatis* (1761) de Giovanni Morgagni (1682-1771) e *Sepulchretum sive Anatomica Pratica* (1769) de Theophile Bonet (1620-1689)[1,2]. A grande redescoberta do valor do estudo do cadáver no século XVIII é fruto dos ideais iluministas. Este movimento cultural desenvolveu-se na Europa e assentava-se numa crença absoluta nas capacidades do Homem, iluminado pelas luzes da razão, do saber e da cultura. A luz da razão iluminaria o Homem e libertá-lo-ia do obscurantismo em que vivia mergulhado. Acreditamos que a forma como, atualmente, encaramos a dissecação para fins de ensino e investigação científica se deve à herança que este movimento nos deixou.

De acordo com Esperança Pina, a primeira referência, em Portugal, ao ensino da Medicina remonta à Idade Média, no Mosteiro de Santa Cruz, em Coimbra[5]. A primeira Universidade portuguesa foi criada em 1290, em Lisboa, sob a designação de Estudo Geral[5]. Após a transferência da instituição para Coimbra e a sua reinstalação em Lisboa, a Universidade instalou-se definitivamente em Coimbra, a partir de 1537[5]. Simultaneamente, no Hospital Real de Todos os Santos, que fora fundado em 1492 na cidade Lisboa, surgiu um outro foco de ensino médico através de uma "Aula de Anatomia"[5]. Em 1546, o rei D. João III (reinado, 1521-1557) autorizou o corregedor da Comarca de Coimbra a ceder cadáveres a D. Rodrigo de Reinosa, Lente de Prima da Universidade, para realizar estudos anatómicos[1,2]. Os Estatutos Pombalinos da Universidade de Coimbra (1563) dispunham que, para uso da Anatomia, "servirão os cadáveres dos que morressem nos Hospitais e dos condenados e, na falta de ambos, servirão os cadáveres de quaisquer pessoas que falecessem na cidade de Coimbra"[2]. O Marquês de Pombal, Sebastião José de Carvalho e Melo (1699-1782), Secretário de Estado do rei D. José (reinado, 1750-1777), reconheceu o atraso intelectual da sociedade portuguesa e quis modernizá-la segundo os princípios do Iluminismo, promovendo, para isso, importantes reformas no ensino, em particular da Ciência, rompendo com a tradição escolástica medieval[2]. A ligação histórica entre Portugal e o Brasil atribui, ao primeiro país, responsabilidades na introdução da dissecação no ensino médico brasileiro. De acordo com as políticas da época, criar uma escola de Medicina nas colónias portuguesas poderia promover sentimentos de independência[6]. Por isso, o Reino optou por ensinar apenas os princípios teóricos

fundamentais, sendo o ensino essencialmente prático. Os estudantes que tivessem condições económicas poderiam, posteriormente, acabar os seus estudos na metrópole e, assim, obter o título de médicos. Em 1768, foi feita a primeira tentativa de criar um curso de Anatomia na vila brasileira de Sabará, porém o rei D. José não o autorizou. Em 1808, foi autorizada a "Aula de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela", cujo programa curricular incluía a dissecação de cadáveres durante os dois anos inteiramente dedicados à Anatomia[6].

Já no século XX, em Portugal, Henrique de Vilhena (1879-1958), fundador e primeiro diretor do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que fora criado em 1911, defendeu a "dissecação cadavérica como método de ensino e investigação"[7]. O desenvolvimento das técnicas operatórias levou, naquela altura, à divisão do ensino da Anatomia em Anatomia Descritiva e Anatomia Topográfica[7]. Recentemente, o número de cursos de pós-graduação na área da Medicina aumentou em Portugal[8]. Em 2012, em vários destes cursos utilizou-se material cadavérico. Algumas das faculdades que mais recorrem a esta ferramenta de ensino são a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto[8].

A legislação portuguesa: da Portaria nº 40 de 1913 ao Decreto-Lei nº 274/99

Em Portugal, em 1913, os legisladores já reconheciam as "dificuldades que sofria o ensino pelo pequeno número de cadáveres deixados pelos serviços hospitalares" à disposição das universidades[9]. Tal reconhecimento justificou a Portaria nº 40 desse mesmo ano, que determinava ficarem "à disposição das escolas médicas os cadáveres dos falecidos nos hospitais, asilos e casas de assistência pública, que, no prazo de 24 horas após o falecimento, não tivessem sido reclamados pelas famílias para procederem à sua inumação"[9]. No final da década de 1980, eram já poucos os cadáveres que davam entrada nas escolas médicas portuguesas[2].

Apesar dos percalços, a atual legislação é muito generosa, pois prevê, nos artigos 3º (Atos permitidos), 4º (Legitimidade) e 5º (Manifestação de disposição) do Decreto-Lei n.º 274/99 de 22 de julho de 1999, que, e citando as palavras de Gouveia, "o próprio, em vida, doe o seu cadáver ao ensino e à Ciência, negue a sua utilização (através do RENNDA - Registo Nacional de não Dadores) ou que nada diga"[1,10]. Prevê também, nesta última situação, que a família ou quem de direito seja soberano, disponha do corpo do ente falecido nas primeiras 24 horas após a tomada de conhecimento do óbito. Este Decreto-Lei abriu o leque de possibilidades, mas os resultados não foram imediatos. Desde que o mesmo entrou em vigor, o número de doações tem aumentado consideravelmente[8]. Contudo, por vezes, os familiares não cumprem a vontade expressa pelos doadores, o que explica, em parte, a disparidade existente entre o número de doações e o número de corpos efetivamente entregues às universidades[8]. Isto porque, apesar de o nº 2 do artigo 4º (Legitimidade) afirmar que "a reclamação só é atendida após a eventual utilização do cadáver para fins de ensino", permitindo respeitar a vontade do falecido e, consequentemente, melhorar as condições no ensino prático da anatomia humana, logo acresce o nº 3 que "o cadáver não pode ficar retido mais de 15 dias", intervalo de tempo claramente insuficiente para o fim a que se destina o mesmo[9]. É de referir que a utilização de cadáveres para fins de ensino e investigação científica em nada prejudica as cerimónias fúnebres que antecedem o ato de doação. Para além disso, a entidade cientificamente beneficiada fica responsável pela cremação ou inumação dos restos mortais, tal como é preconizado nos artigos 16º (Transporte) e 18º (Destino dos despojos) do atual Decreto-Lei[9]. É importante mencionar que a experiência dos últimos 13 anos demonstrou que a atual legislação possui algumas insuficiências/deficiências que deveriam, na medida do possível, ser corrigidas/eliminadas numa futura, e já prevista, revisão da mesma.

O "valor" pedagógico da dissecação cadavérica

Nas últimas três décadas, em face do grande desenvolvimento da Biologia Celular, da Bioquímica e da Genética, algumas escolas médicas têm optado por condensar os curricula das ciências morfológicas (Anatomia, Histologia e Embriologia), outras recorreram a novas metodologias, como o ensino baseado

em problemas, e outras ainda agruparam os conteúdos programáticos das diferentes ciências básicas em unidades curriculares organizadas por sistemas orgânicos[10-13]. Tais opções poderão conduzir ao abandono da dissecação, pois esta exige tempo e investimento económico[13,14]. O ensino da Anatomia Humana pode estar hoje, em algumas faculdades, abaixo daquilo que se considera seguro e adequado para futuros médicos[12,13]. Turney refere que apesar de a maioria dos cirurgiões não necessitar de dissecar um cadáver para conseguir operar um doente, tal experiência aumentará o seu conhecimento sobre o que está a fazer e porque o está a fazer, o que beneficiará quer o médico quer o doente[13]. A dissecação permite não só aprender o detalhe anatómico como também familiariza o aluno com a variação morfológica[13]. A variação em Anatomia deve ser entendida como a anatomia normal, pois nenhum indivíduo é exatamente igual a outro. Por isso, a Escola Médica de Hannover colocou, nas paredes do seu laboratório de dissecação, imagens de variantes do sistema vascular arterial[15]. Deste modo, os docentes incentivam os alunos a compararem, enquanto dissecam, os seus achados com aquelas variações[15].

Os métodos e materiais de ensino têm evoluído ao longo dos tempos[13,16]. A Anatomia Humana pode ser ensinada, hoje, recorrendo a ilustrações em papel, fotografias e/ou a sistemas de imagem digital[13,16]. Os computadores permitiram tornar as imagens estáticas a 2D numa exploração dinâmica a 3D[16]. De referir, que qualquer método de ensino utilizado em Medicina deve promover quer o desenvolvimento científico quer o humano do aluno[14]. É, por isso, importante avaliar a dissecação de modo holístico. Com base neste pressuposto, Martyn et al. tentaram perceber o impacto emocional da dissecação em 16 estudantes universitários após estes terem dissecado, pela primeira vez, corações e encéfalos humanos[17]. Alguns estudantes referiram terem-se sentido emocionados quando removeram o coração do mediastino pois associam este órgão às emoções, enquanto seis estudantes afirmaram ser "estranho" dissecar o encéfalo visto ser o órgão responsável "pelas pessoas serem quem são"[17]. Os investigadores concluíram que a dissecação contribui para o desenvolvimento pessoal dos alunos e que existem algumas regiões do corpo humano que lhes são mais difíceis dissecar pois albergam órgãos cultural e simbolicamente significativos[17]. Arraéz-Aybar et al. estudaram, na Universidade Complutense de Madrid, os níveis de ansiedade dos estudantes durante as aulas de dissecação[18]. Os investigadores concluíram que, na primeira aula, todos os estudantes apresentaram um aumento dos seus níveis de ansiedade, que, com a sucessão das aulas, foi diminuindo. Enquanto o estado ansioso associado à primeira aula depende, em grande parte, das condições em que esta é feita, bem como com a informação prévia que foi transmitida aos alunos, já os níveis de ansiedade nas aulas posteriores dependem, sobretudo, do perfil psicológico de cada aluno[18]. Os investigadores confirmaram que mostrar, aos alunos, previamente, vídeos da atividade que vão realizar diminui os níveis de ansiedade[18]. As aulas de dissecação devem, também, ser aproveitadas para os docentes transmitirem valores éticos e humanistas que ajudem os futuros médicos a lidar, por exemplo, com a morte[14,15,18].

Mais importante do que defender a utilização da dissecação será, talvez, conciliar as diferentes metodologias com o objetivo de melhorar o processo de ensino[13]. A aprendizagem da Anatomia exige um equilíbrio entre a memorização, a compreensão e a visualização, sendo que as estratégias educativas que visem uma aprendizagem de profundidade correlacionam-se positivamente com melhores qualificações finais[19]. Fornaziero et al. defendem que sejam utilizadas as metodologias mais inovadoras em conjunto com as clássicas[10]. A dissecação é, segundo estes autores, um excelente método para desenvolver a capacidade de resolver problemas clínicos; por sua vez, as novas tecnologias permitem a animação de certos fenómenos biológicos que facilitam a sua compreensão[10]. Marker et al. desenvolveram um currículo de Anatomia Radiológica, que foi incluído na disciplina de Anatomia, onde era proposto, aos alunos, que aplicassem os seus conhecimentos na identificação das estruturas presentes em imagens de radiografia, de tomografia computorizada e de ressonância magnética[20]. Os alunos consideraram esta abordagem não só útil como estimulante, pois aproxima-os da sua futura atividade clínica[20]. Também Rizzolo et al. consideram positiva a integração da Anatomia Radiológica nos currícula de Anatomia[21]. Pabst sugere que sejam também fornecidas, aos alunos, imagens de endoscopia, otoscopia e ecografia[15]. Marker et al. aconselham, por sua vez, a criação de questionários *on-line* para os estudantes poderem rever, em casa, os conteúdos lecionados[20].

Atualmente, a formação pós-graduada, aquela que é realizada após o curso de Medicina, é cada vez mais diversificada e visa, habitualmente, a especialização dos médicos[11,13]. A dissecação tem também

um espaço neste ciclo formativo mais avançado, sobretudo nas áreas cirúrgicas[11]. Guvençer et al. utilizaram cabeças humanas fixadas, em detrimento de modelos animais, para praticarem procedimentos cirúrgicos utilizados no tratamento de patologias dos vasos cerebrais[22]. Os investigadores concluíram que este modelo é preferível, pois o padrão de vascularização é mais próximo àquele com que se irão deparar em situações reais, e que, recorrendo a bombas de perfusão que injetam agentes de contraste nos vasos sanguíneos, podem treinar as várias abordagens cirúrgicas perante perfis hemodinâmicos distintos[22]. Ainda no âmbito da Neurocirurgia, Notaris et al. alertam que, apesar da dissecação virtual a 3D nunca dever substituir o treino em material cadavérico, estes métodos tecnologicamente mais avançados podem, e devem, ser utilizados em complementaridade[23]. Estes autores desenvolveram um modelo de treino cirúrgico para praticar abordagens endoscópicas endonasais à base do crânio baseado em três princípios: a dissecação cadavérica, um sistema virtual de simulação cirúrgica, e a análise matemática dos resultados pós-dissecação[23]. A dissecação tem, também, um papel importante em áreas não cirúrgicas, como a Psiquiatria, pois estes profissionais precisam de ter conhecimentos profundos em neuroanatomia[11].

Discussão

A dissecação pode ser realizada num cadáver fresco, ou seja, não preservado, ou em cadáveres artificialmente conservados. Em face da escassez de material cadavérico e da necessidade de planear previamente as atividades curriculares de todo o ano letivo, a maioria das escolas médicas escolhe a segunda hipótese. Grande parte dos departamentos de Anatomia opta por embalsamar os cadáveres recorrendo a líquidos fixadores. Para tal, o sangue do cadáver é removido e substituído por um líquido fixador cuja composição varia. As soluções fixadoras contêm, habitualmente, formaldeído em concentração variável. A exposição a este químico tem sido associada ao desenvolvimento de doenças alérgicas, irritação das mucosas nasal e da orofaringe, cancro do pulmão e cancro da laringe[24-26]. Relativamente à rinite alérgica, Hisamitsu et al. concluíram, através de um estudo observacional, que apenas os estudantes com antecedentes pessoais desta patologia experimentaram alterações da função olfativa e hipersensibilidade da mucosa nasal após a dissecação[25,26]. Porém, estas alterações foram transitórias[26]. Também pode ocorrer irritação ocular e cefaleias, sobretudo quando da entrada no laboratório de dissecação[25,26]. É necessário, portanto, promover medidas preventivas que reduzam a exposição dos estudantes a esta substância. Os estudos afirmam que, em vários laboratórios de dissecação, a concentração, no ar, de formaldeído é superior aos valores máximos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (800 ppm para locais de trabalhos em geral e 250 ppm para locais de trabalho específicos onde se manipula formaldeído)[24]. Para contornar este problema, a solução pode passar pela construção de laboratórios cuja arquitetura assegure uma melhor ventilação bem como a instalação, nas mesas de dissecação, de sistemas locais de ventilação e/ou de dispositivos que destruam o formaldeído[24,25,27]. A construção de laboratórios para este fim é um assunto que envolve, naturalmente, arquitetos, mas, também, anatomistas, dadas as suas especificidades[27]. Trelease sugere, por exemplo, uma configuração dos laboratórios diferente da habitual, em que as mesas de dissecação estão dispostas em "X" em vez de paralelamente alinhadas, de modo a rentabilizar o espaço[27]. Este autor faz, ainda, uma série de considerações técnicas sobre como otimizar os sistemas de ventilação, de iluminação e como integrar equipamentos tecnológicos nas mesas de dissecação. Yamato et al. desenvolveram um sistema de ventilação para ser acoplado às mesas de dissecação convencionais e, posteriormente, ligado à ventilação geral dos laboratórios[24]. De modo simplista, estes investigadores conceberam uma grelha de aço com seis aberturas, através das quais são aspirados os vapores químicos[24]. De seguida, estes vapores são conduzidos para uma estrutura metálica colocada debaixo da mesa de dissecação e daí reencaminhados para o circuito de ventilação geral[24]. Para tornar a mesa num espaço semi-fechado, colocaram, no perímetro desta, pequenas pranchas de espuma de uretano na vertical[24]. Este foi o material escolhido pois é suficientemente resistente para se manter em posição e é, simultaneamente, flexível o suficiente para os estudantes poderem trabalhar com os braços sobre ele sem a amplitude dos seus gestos ficar limitada[24]. Assim conseguiram que, com os sistemas de ventilação

geral e local ligados, a concentração, no ar, de formaldeído junto à mesa fosse de 405 ppm face aos 480 ppm, quando apenas o sistema geral estava a trabalhar[24]. Estes investigadores referem que pode não ser possível, por motivos técnicos e económicos, manter a concentração no ar de formaldeído abaixo dos 250 ppm[24]. A tecnologia fotocatalítica tem sido estudada e desenvolvida, sobretudo com o intuito de decompor a poluição atmosférica em água e dióxido de carbono[25]. Omichi et al. decidiram aplicar esta tecnologia às mesas de dissecação com o objetivo de decompor os vapores de formaldeído[25]. Concluíram que a exposição dos estudantes ao formaldeído pode ser diminuída através deste sistema, e alertaram que este pode ser economicamente mais viável do que alterar todo um sistema de ventilação[25]. Outras faculdades, como a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, preferem utilizar uma solução conservadora com quantidades reduzidas de formaldeído, e conservam os cadáveres em câmaras frigoríficas a temperaturas muito baixas. Esta opção permite não só diminuir a exposição dos estudantes a este agente químico, bem como manter os tecidos com um aspecto e textura mais próximos daqueles que tinham em vida, como pode assegurar o autor deste artigo que foi aluno dessa faculdade. Este método obriga, porém, a que todos os anos sejam necessários novos corpos.

Outra questão importante no âmbito da saúde ocupacional é o risco infecioso associado à manipulação de cadáveres. É dito que a maioria dos agentes infeciosos são destruídos pelos líquidos fixadores, dado o seu elevado conteúdo em formaldeído, álcool e fenol; porém, as escolas médicas devem considerar que o risco de transmissão de doenças infeciosas está sempre presente e que os cuidados preventivos nunca podem ser negligenciados[28]. Os principais microrganismos que podem causar doenças nestas circunstâncias são: *Mycobacterium tuberculosis*, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C, vírus da imunodeficiência humana (VIH) e as proteínas priónicas causadoras de encefalopatias espongiformes transmissíveis[28]. A dissecação só deve ser autorizada aos estudantes equipados com material de proteção individual (bata, luvas e máscara). Após o procedimento, todos os instrumentos cirúrgicos devem ser higienizados recorrendo a um sistema de autoclave ou, em alternativa, fervendo-os durante, pelo menos, três minutos numa solução de dodecil sulfato de sódio a 3%[28]. Se os instrumentos forem de alumínio, não é recomendado utilizar soluções de hidróxido de sódio e, no caso de serem de aço, deve-se ter em conta que o hipoclorito de sódio é corrosivo[28]. As mesas de dissecação também devem ser limpas. Apesar de as soluções de hipoclorito de sódio serem muitas vezes utilizadas, deve ser privilegiado o uso de uma solução desinfetante que contenha fenol, pois o hipoclorito reage com o formaldeído formando éter de clorometilo, que é cancerígeno[28].

Os estudantes podem aprender Anatomia dissecando corpos nunca antes dissecados, ou estudar modelos anatómicos que foram previamente dissecados e conservados. A esta última metodologia chama-se *prosection*, que tem a vantagem de permitir a reutilização dos modelos anatómicos, bem como permitir que pessoal mais diferenciado disseque estruturas anatómicas complexas que os alunos, dada a sua inexperiência, não conseguiriam isolar[15,29]. Existem estudos que comparam estes dois métodos, porém não chegam à conclusão se um é pedagogicamente superior ao outro[29].

O reduzido número de cadáveres humanos para fins de ensino tem sido um problema constante[30]. A proveniência do material cadavérico tem variado fruto da reflexão ética e jurídica das diferentes sociedades[30,31]. Na Europa, os primeiros cadáveres utilizados foram os de criminosos[1,2,31]. Posteriormente, as escolas europeias optaram pelos cadáveres não reclamados, contudo esta forma de obter material cadavérico foi considerada vergonhosa para uma sociedade que se reclamava moderna e civilizada[31]. Atualmente, as faculdades de Medicina portuguesas valorizam, maioritariamente, a doação em vida. Para tal, algumas delas criaram gabinetes de apoio à doação[8]. Estas estruturas recebem os doadores e os seus familiares e explicam-lhes todo o processo[8]. Desta forma, os doadores podem conversar com os docentes e alunos de Anatomia e, assim, compreender melhor a importância deste gesto de grande generosidade[8]. A proveniência e a quantidade de material cadavérico disponível também variam entre países. Na Nigéria, por exemplo, Anyanwu et al. apuraram que 94,4% de 18 Departamentos de Anatomia referem ter à sua disposição uma quantidade insuficiente de material cadavérico, sendo que 72% destas instituições universitárias afirmaram que mais de 90% deste material era proveniente de corpos de criminosos que foram judicialmente executados, e menos de 10% correspondiam a corpos não reclamados[32]. Fatores culturais foram apontados como responsáveis para não existirem doações em

vida naquele país[32]. Os investigadores referem a necessidade de se criar, no seu país, legislação que regulamente a doação[32]. O processo de doação, além de implicar o respeito pela dignidade da pessoa humana, traduz: a multiplicidade de conflitos entre a exigência dessa dignidade, o valor da solidariedade inerente à utilização correta dos cadáveres, a possível instrumentalização indiscriminada destes, os desvios da finalidade essencial dessa utilização, e a previsão de comportamentos sociais não ajustados à atitude de respeito que os cadáveres merecem. A propósito do uso abusivo de cadáveres, podem-se referir as investigações anatómicas levadas a cabo pelo *Terceiro Reich*[33]. É, por isso, importante estarmos atentos a todos estes valores e conflitos. Para tal, é necessário que esta seja uma discussão multidisciplinar, isto é, que envolva médicos, académicos, estudantes, juristas e especialistas em Ética. A título de exemplo, o Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco organizou reuniões interdisciplinares, das quais resultaram vários diplomas legais e protocolos para melhorar o recebimento dos cadáveres doados e dos não reclamados[30]. Este departamento universitário conseguiu aumentar o número de doações divulgando a falta de cadáveres em rádios e jornais do seu Estado[30].

Outra questão recorrente na literatura científica é qual deverá ser a carga horária dedicada à dissecação. Não encontrámos uma resposta consensual, pois dependerá sempre, em última análise, da carga horária total da disciplina. Num estudo publicado em 1992, a Sociedade Anatómica da Grã-Bretanha fez esta pergunta a 33 escolas médicas do seu país: dois terços das escolas responderam que os alunos deviam ter a oportunidade de dissecar todos os segmentos corporais, exceto áreas tecnicamente mais difíceis, como a face e o períneo; já o terço restante respondeu que dissecar apenas um segmento corporal era suficiente[34]. É importante discutirmos o valor pedagógico da dissecação cadavérica de forma objetiva. Winkelmann decidiu rever 14 estudos publicados em revistas indexadas, tendo selecionado apenas aqueles que quantificaram a vantagem da utilização deste método de ensino[35]. Winkelmann refere ser difícil analisar e comparar os diferentes estudos dados os múltiplos vieses possíveis[35]. Este autor conclui que é necessário desenhar estudos originais que se baseiem em variáveis que permitam avaliar, quer qualitativa quer quantitativamente, os diferentes métodos de ensino para que os académicos possam fundamentar as suas opções educativas[35].

Conclusão

A Anatomia continua a ser uma das bases da formação médica, e por isso o corpo humano morto continua a desempenhar um papel central na aquisição de conhecimentos e no progresso científico[2,25]. A dissecação constitui uma metodologia de ensino com potencialidades únicas, pois ela é, como afirma Paula-Barbosa, "dotada de realismo e humanidade"[2]. Apesar de ser uma metodologia de ensino que exige tempo e grande consumidora de recursos económicos, a dissecação cadavérica permite que o aluno de Medicina desenvolva a sua capacidade de observação, de destreza manual, e confronta-o com dilemas de natureza ético-social que o obrigam a adotar uma postura responsável face ao outro. Em jeito de conclusão, recordemos as sábias palavras do médico português Sabino Coelho (1853-1938) quando afirmou que "O livro é muito, mas o cadáver é mais. Aquele encaminha, este mostra, aquele guia, este ensina".

Colaboradores

Carlos Marques Pontinha e Cristina Soeiro participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem as sugestões e correções feitas pelos Professores Doutores Rosa Henriques de Gouveia e Duarte Nuno Vieira numa versão inicial deste artigo.

Referências

1. Gouveia RH. Um diálogo médico-jurídico sobre o cadáver [pós-graduação em Direito da Medicina]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2002.

2. Paula-Barbosa M. Proveniência do material cadavérico para fins de ensino pré e pós-graduado ao longo dos tempos: importância da doação do corpo. Papel Médico. 2000; 14:s/p.

3. Letti N. Anatomia, sua história e seu intrumento de trabalho. Rev Bras Otorrinolaringol. 1972; 38(1):82-8.

4. Kickhöfel E. A lição de anatomia de Andreas Vesalius e a ciência moderna. Sci Stud. 2003; 1(3):389-404.

5. Esperança Pina M. As Faculdades de Medicina na I República. In: Garnel MRL, Alegre A, Queirós MI, editores. Corpo, Estado, Medicina e sociedade em tempo da I República. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda; 2010. p.30-7.

6. Jesus NM. Aulas de cirurgia no centro da América do Sul (1808-16). Hist Cienc Saude - Manguinhos. 2004; 11(1):93-106.

7. Furtado IA, Gonçalves-Ferreira AJ. O Instituto de Anatomia no centenário da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Acta Med Port. 2011; 24(4):663-70.

8. Marques Pontinha C, Andrade FF, O'neill JG, Pais D. A dissecação cadavérica no ensino da Anatomia na Universidade Nova de Lisboa. In: Resumos do IX Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses; 2011; Braga; Portugal. Braga; 2011. s/p.

9. Decreto-Lei nº 274/99, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre a utilização de cadáveres para fins de ensino e investigação científica. Brasília; 1999.

10. Fornaziero C, Gordan P, Carvaho M, Araujo J, Aquino J. O ensino da anatomia: integração do corpo humano e meio ambiente. Rev Bras Educ Med. 2010; 34(2):290-7.

11. Crisp AH. The relevance of anatomy and morbid anatomy for medical practice and hence for postgraduate and continuing medical education of doctors. Postgrad Med J. 1989; 65(762):221-3.

12. Mckeown PP, Heylings DJA, Stevenson M, Mckelvey KJ, Nixon JR, Mcclusskey DR. The impact of curricular change on medical students' knowledge of anatomy. Med Educ. 2003; 37(11):954-61.

13. Turney BW. Anatomy in a modern medical curriculum. Ann R Coll Surg Engl. 2007; 89(2):104-7.

14. Rizzolo LJ. Human dissection: an approach to interweaving the traditional and humanistic goals of medical education. Anat Rec. 2002; 269(6):242-8.

15. Pabst R. Modern macroscopic anatomy - more than just cadaver dissection. Anat Rec. 2002; 269(5):209.

16. Trelease R. Anatomical informatics: millennial perspectives on a newer frontier. Anat Rec. 2002; 269(5):224-35.

17. Martyn H, Barrett A, Trotman P, Nicholson H. Medical students' responses to the dissection of the heart and brain: a dialogue on the seat of the soul. Clin Anat. 2012; 25(3):407-13.

18. Arraez-Aybar LA, Casado-Morales MI, Castano-Collado G. Anxiety and dissection of the human cadaver: an unsolvable relationship? Anat Rec B New Anat. 2004; 279(1):16-23.

19. Pandey P, Zimitat C. Medical students' learning of anatomy: memorisation, understanding and visualisation. Med Educ. 2007; 41(1):7-14.

20. Marker DR, Juluru K, Long C, Magid D. Strategic improvements for gross anatomy web-based teaching. Anat Res Int. 2012:146262. doi: 10.1155/2012/146262

21. Rizzolo L, Stewart WB. Should we continue teaching anatomy by dissection when...? Anat Rec B New Anat. 2006; 289(6):215-8.

22. Guvençer MU, Sayhan S, Derel NA, Tet S, Yucesoy K, Arda MN. Simulation of cerebrovascular circulation in the human cadaver for surgical neuroanatomy training. Turk. Neurosurg. 2007; 17(7):243-6.

23. Notaris M, Topczewski T, Angelis MD, Ensenat J, Alobid I, Gondolbleu AM, et al. Anatomic skull base education using advanced neuroimaging techniques. World Neurosurg. 2013; 79(2):e16-23.

24. Yamato H, Nakashima T, Kikuta A, Kunugita N, Arashidani K, Nagafuchi Y, et al. A novel local ventilation system to reduce the levels of formaldehyde exposure during a gross anatomy dissection course and its evaluation using real-time monitoring. J Occup Health. 2005; 47(5):450-3.

25. Ohmichi K, Matsuno Y, Miyaso H, Yammamoto H, Toriuchi M, Shimane M, et al. Pillot study of a dissection table for gross anatomy laboratory equipped with a photocatalytic device that decomposes formaldehyde. J Occup Health. 2007; 49(6):499-503.

26. Hisamitsu M, Okamoto Y, Chaozono H, Onekura S, Sakurai D, Horiguchi S, et al. The influence of environmental exposure to formaldehyde in nasal mucosa of medical students during cadaver dissection. Allergol Int. 2011; 60(3):373-9.

27. Trelease R. Anatomy meets architecture: designing new laboratories for new anatomists. Anat Rec B New Anat. 2006; 289(6):241-54.

28. Demiryurek D, Bayramaglu A, Ustaçelebi S. Infective agents in fixed human cadavers: a brief review and suggested guidelines. Anat Rec. 2002; 269(4):194-7.

29. Topp KS. Prosection vs. dissection, the debate continues: rebuttal to granger. Anat Rec B New Anat. 2004; 281(1):12-4.

30. Melo E, Pinheiro J. Procedimentos legais e protocolos para utilização de cadáveres no ensino de anatomia em Pernambuco. Rev Bras Educ Med. 2010; 34(2):315-23.

31. Jones DG, Whitaker MI. Anatomy's use of unclaimed bodies: reasons against continued dependence on an ethically dubious practice. Clin Anat. 2012; 25(2):246-54.

32. Anyanwu GE, Udemezue OO, Obikili EN. Dark age of sourcing cadavers in developing countries: a nigerian survey. Clin Anat. 2011; 24(7):831-6.

33. Hildebrandt S. Anatomy in the third reich: careers disrupted by national socialist policies. Ann Anat. 2012; 194(3):251-6.

34. Fitzgerald MJT. Undergraduate medical anatomy teaching. J Anat. 1992; 180(Pt1):203-9.

35. Winkelmann A. Anatomical dissection as a teaching method in medical school: a review of the evidence. Med Educ. 2007; 41(1):15-22.

Marques Pontinha C, Soeiro C. La disecación como herramienta pedagógica en la enseñanza de la Anatomía en Portugal. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):165-75.

A lo largo de la historia, la importancia de la utilización de cadáveres humanos para la enseñanza y la investigación no ha sido un consenso. En el pasado, la obtención de los cadáveres indispensables para la enseñanza contaba con el recurso de cadáveres de presos, de no reclamados y del robo/compra de ellos. Más allá de la inadmisibilidad ética y jurídica de estas soluciones, ellas se mostraron insuficientes para las necesidades de las escuelas médicas. En las últimas décadas, la conciencia global de la legitimidad de la donación de cadáveres se fue intensificando, considerándose hoy día una forma digna de suplir esa falta. En este artículo se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de hacer una reseña histórica, jurídica y pedagógica sobre la importancia de la utilización de cadáveres humanos en la enseñanza de Anatomía Humana en los cursos de Medicina, incluyendo en Portugal principalmente el recursos para la disecación cadavérica en complemento con otras herramientas pedagógicas.

Palabras-clave: Anatomía. Cadáver. Disecación. Donación. Educación Médica.

Recebido em 20/06/13. Aprovado em 30/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0586

Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo

Daniela Gomes dos Santos Biscarde[a]
Marcos Pereira-Santos[b]
Lília Bittencourt Silva[c]

Introdução

Diante da complexidade do processo saúde-doença, além do reconhecimento da cidadania como fundamental no enfrentamento da realidade socioeconômica e sanitária, ressaltamos a necessidade da reflexão permanente acerca da formação em saúde. Acreditamos que esta deve contemplar muito mais que as habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são insuficientes para promover mudanças consistentes nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como para sustentação dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao referirmos o termo formação, ainda que permeado por ambiguidades, múltiplos sentidos e práticas nos diversos contextos, sendo recorrente o debate quanto à separação da competência técnica e do compromisso político, coadunamos com Barros[1] ao afirmar a indissociabilidade entre o técnico e o político desse processo formativo. Tal afirmação implica repensar a concepção de formação, que não pode ser resumida aos processos de aquisição, transmissão e difusão de conhecimentos que ocorrem nos ambientes acadêmicos, exigindo diferenciar formação e escolarização, tal como referem Guimarães e Silva[2]. De acordo com tais autores, na atualidade, as concepções de formação universitária contêm modelos de ciência, formação e atuação profissionais com sérias limitações relativas aos problemas que se apresentam na cena contemporânea[2].

A tradição cultural brasileira privilegia a condição da universidade como lugar de ensino, entendido e, sobretudo, praticado como transmissão de conhecimentos[3]. Contudo, a universidade vive um momento de transformação efetiva, permeada pela crise de legitimidade e pelos questionamentos de seu papel na produção e construção de conhecimentos, sendo um desafio formar profissionais com perfil adequado às necessidades sociais. Isso implica propiciar, aos estudantes, a capacidade de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de comunicar-se, de ter agilidade frente às situações e de ter capacidade propositiva, que não combinam com a formação tradicional ou com a pedagogia de transmissão, ainda presentes nas instituições universitárias[4].

Ao refletirem sobre questões acerca de uma universidade socialmente relevante, Mello et al.[5] apontam desafios para a universidade pública brasileira

[a] Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (EE/UFBA). Rua Jardim Federação, 457. Federação, Salvador, BA, Brasil. 40231-060. dbiscarde@ufba.br
[b] Mestrando, Escola de Nutrição, UFBA. Salvador, BA, Brasil. pereira-santosm@bol.com.br
[c] Mestranda, Instituto de Psicologia, UFBA. Salvador, BA, Brasil. liubittencourt@yahoo.com.br

afirmando que esta tem o dever de ser culturalmente engajada, comprometida com a solução de problemas da sociedade, e não abdicar da sua relação reflexiva e ativa com o mundo circundante, da sua vocação de centro de criação, questionamento e crítica do mundo físico e social.

A formação universitária deve impulsionar o desenvolvimento de competências específicas para a atuação profissional na área de saúde e, também, enfatizar preceitos éticos, técnicos e políticos, no sentido proposto pela Saúde Coletiva, caracterizada como um campo no qual se inscrevem as múltiplas dimensões indissociáveis do ser humano, para além dos fenômenos biológicos e orgânicos, considerando sua inserção no contexto sócio-histórico[2].

Nessa direção, um projeto político-pedagógico de curso deve contemplar não só o conhecimento técnico-científico, mas, também, o compromisso ético-político com aspectos relacionados à cidadania e emancipação dos sujeitos e coletividades. Assim, deve-se possibilitar ao futuro profissional, o mais breve possível, a experimentação e a intervenção na realidade, contribuindo para o desenvolvimento do seu processo de trabalho de maneira crítico-reflexiva, valorizando a interdisciplinaridade e os aspectos humanísticos, além da efetivação de serviços de saúde resolutivos, voltados para as necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, a vivência extensionista revela-se fundamental na formação universitária, propiciando experiências ampliadas aos graduandos, muito além daquelas obtidas nos moldes tradicionais e bancários de formação profissional. De acordo com Gurgel[6], a extensão universitária, na direção de uma sociedade mais justa e igualitária, tem uma função de promover a comunicação entre a universidade e seu meio, possibilitando a sua realimentação em face da problemática da sociedade e a revisão permanente de suas funções de ensino e pesquisa.

A formação em saúde frequentemente é considerada como uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de aproximar-se das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido. É fundamental vislumbrar novos cenários de formação profissional, nos quais se busca desenvolver uma proposta em rede articulando as instituições de ensino, a gestão do SUS, os serviços de saúde e a comunidade. Assim, a ênfase não deve ser numa educação voltada apenas para a transmissão de conhecimento, mas para as relações sociais, para a problematização e transformação da realidade, integrando docentes, discentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde no cotidiano dos serviços e da realidade sanitária, para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista a discussão sobre a necessidade de intersecção entre os mundos do trabalho e da formação, Macêdo et al.[7] problematizam que experiências e práticas de ensino, vivenciadas predominantemente em hospitais universitários, podem induzir a especialização precoce e acarretar visão distorcida da rede de serviços, gerando apreensão desfocada da realidade da população. Assim, defendem que é fundamental a proposição de cenários de aprendizagem transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob a égide ético-político-pedagógica do direito à saúde.

Segundo tais autores, a imersão do estudante no cotidiano da atenção à saúde traz ricas possibilidades para o aprendizado do cuidado, da organização dos processos de trabalho e da gestão. Contrariamente ao mundo recortado das práticas fechadas do hospital universitário, a noção de cenários de aprendizagem implica espaços abertos, concretos, de incorporação/produção do cuidado em saúde, produzidos por trabalhadores concretos, e todas as oportunidades de aprender sobre pessoas, culturas, serviços, redes e políticas. Tal concepção de cenários de aprendizagem, baseada em Macêdo et al.[7], pode ser definida como: "lugares de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, com o fortalecimento do SUS"[7].

A formação de profissionais do século XXI, conforme Mello et al.[5], impõe a superação de uma visão instrumentalista ou tecnicista do conhecimento, cabendo à instituição acadêmica promover modelos mais abertos, interdisciplinares e engajados de processos educativo, cultural e científico. Para esses autores, não basta formar profissionais competentes e cientistas produtivos, é imprescindível formar sujeitos comprometidos com a ética da causa pública, responsáveis pelo mundo em que vivem e que vão ajudar a construir.

Conforme Freire[8], o homem não participará ativamente da história, da sociedade, da transformação da realidade, se não tiver condições de tomar consciência da realidade e, mais ainda, da sua própria capacidade de transformá-la. O objetivo primeiro de toda educação é provocar e criar condições para que se desenvolva uma atitude de reflexão crítica, comprometida com a ação.

À luz dessa perspectiva reflexiva e transformadora, é fundamental a realização de atividades acadêmicas e processos de construção de conhecimento que situem os alunos em condições objetivas de percepção ampliada das relações intrínsecas entre teoria e realidade, ideia e práxis, formação e trabalho, profissão e compromisso social[5].

A partir de tais elementos, objetivamos, neste artigo, descrever a experiência do projeto de extensão universitária VIVER SUS Recôncavo, e refletir sobre as repercussões desencadeadas no percurso e no processo formativo dos estudantes, relatadas após a vivência extensionista.

Construir e implementar o projeto de extensão: caminhando além das fronteiras da universidade rumo à experimentação do cotidiano no Sistema Único de Saúde

Congruente com os desafios para promover uma formação ampliada e comprometida com a realidade, o projeto de extensão universitária VIVER SUS Recôncavo foi elaborado na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), e desenvolvido mediante vivências estudantis no Sistema Único de Saúde de municípios da região do Recôncavo da Bahia, a fim de possibilitar, aos alunos, atividades de aprendizagem, além da sala de aula, por meio da inserção na realidade regional e da participação ativa no sistema municipal de saúde, atuando diante de problemas práticos e de interesse coletivo. O projeto foi delineado com os seguintes objetivos:

. Favorecer uma formação universitária interdisciplinar e crítico-reflexiva, por meio da atuação em diversos cenários do mundo do trabalho em saúde, mediada pelo fortalecimento da interação universidade-serviço-comunidade;

. Potencializar o papel da extensão no processo formativo dos estudantes, e sua articulação com o ensino e a pesquisa, promovendo a interação de saberes e a implementação de estratégias alternativas de aprendizagem e produção de conhecimento, a partir da experiência e inserção na realidade social;

. Contribuir para desenvolver, nos estudantes, competências e habilidades potencializadoras de uma atitude ética, cidadã e transformadora diante de questões sociais e de organização do sistema de saúde;

. Promover a articulação teórico-prática, o conhecimento e a análise da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde, contextualizando sua implementação na realidade local e regional;

. Favorecer a reorientação das práticas de saúde, de modo a intensificar a atuação interdisciplinar e a implementação de ações de educação em saúde culturalmente sensíveis, consoantes com a realidade cultural e sócio-sanitária do Recôncavo da Bahia.

Isto posto, a proposta do VIVER SUS Recôncavo não enfocou a realização de atividades individuais de caráter assistencial, mas, sim, o desenvolvimento de ações coletivas, prioritariamente de prevenção e promoção da saúde, planejadas e implementadas em equipe multiprofissional, visando a inserção e a atuação no sistema de saúde e em comunidades de municípios do Recôncavo Baiano, no sentido de evocar a crítica e o posicionamento do estudante frente à realidade de saúde local, regional e brasileira. Assim, no intuito de direcionar todas as etapas e atividades do projeto, foram estabelecidos princípios norteadores descritos a seguir:

. Educação para Promoção da Saúde - A educação em saúde concebida como prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito dos problemas de saúde e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva[9]. Nesse processo, alguns aspectos apresentam-se como essenciais, sendo aqui destacados os seguintes: - respeito ao universo cultural e às formas de organização da comunidade; - participação dos sujeitos e mobilização social visando a mudança de determinada situação.

. Interdisciplinaridade - Atuação em equipe, possibilitando a interação de diferentes núcleos e campos de conhecimento profissional. A composição de cada equipe, necessariamente, seria formada por estudantes de diferentes cursos de graduação e Centros Acadêmicos.

. Valorização dos diferentes saberes - A inserção dos estudantes, o conhecimento da realidade e a implementação de intervenções educativas são concebidos como parte de um processo permeado pela valorização dos saberes dos diferentes atores sociais que se relacionam e constroem cotidianamente as ações e os serviços de saúde: gestores, trabalhadores, profissionais de saúde, usuários e demais sujeitos individuais e coletivos, que atuam na realidade local e regional. Assim, são valorizados o saber popular e saber científico.

. Metodologias participativas de atuação - A atuação dos estudantes deveria primar pelo desenvolvimento de intervenções de cunho educativo e participativo. Portanto, o planejamento e a implementação das diversas ações de educação em saúde enfatizou formas coletivas e colaborativas de aprendizado, investigação e intervenção, pautadas no envolvimento e na participação dos sujeitos implicados nas ações, superando uma visão fragmentada do processo ensino-aprendizagem e da realidade.

. Articulação universidade-serviço-comunidade - A efetivação do projeto visou contribuir para mudanças relevantes no processo e percurso formativo na graduação, sendo, para isso, fundamental a articulação e a criação de vínculos entre a universidade, a gestão municipal e estadual do sistema de saúde, conselhos municipais de saúde e demais representantes da sociedade. Essa articulação propicia à universidade uma atuação mais congruente com as demandas e problemas dos serviços de saúde e comunidades no seu território, bem como a mobilização de possibilidades de efetivação da tríade extensão-ensino-pesquisa.

Após a inscrição dos alunos, o processo de seleção foi composto por duas etapas. A primeira etapa (individual) contemplou: a análise do histórico escolar, breve análise dissertativa e entrevistas individuais explorando os motivos de interesse em participar da vivência, de que forma a atuação como estudante extensionista poderia influenciar a realidade do SUS no município e na região, bem como a possível contribuição da experiência para a formação profissional.

A segunda etapa (grupal) caracterizou-se por curso preparatório e seletivo com vinte horas. A orientação metodológica norteadora desta etapa convergiu com os pressupostos de Paulo Freire, no sentido de conceber que todos os sujeitos são significativos e corresponsáveis pelo processo educativo, o qual deve ser potencializador de uma atitude reflexiva, crítica, criativa e transformadora. Conforme Freire[8], educador e educandos se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvelar a realidade, e, assim, criticamente conhecê-la, mas, também, no de recriar este conhecimento.

Dessa maneira, utilizamos a oficina no decorrer dessa etapa grupal, pois possibilita uma intervenção educativa de cunho emancipatório e crítico, ultrapassando as formas usuais de comunicação, conforme descrito por Diercks e Pekelman[10]. As oficinas realizadas enfatizaram metodologias participativas para discussão das seguintes temáticas: conceito ampliado de saúde, políticas de saúde no Brasil e SUS, participação popular e controle social, modelos de atenção e HumanizaSUS, educação popular e práticas educativas em saúde, aspectos históricos, socioculturais e epidemiológicos da realidade do Recôncavo da Bahia.

Nesse momento do projeto, trabalhamos com dinâmicas grupais e individuais, exposição dialogada, construção de peça teatral e código de convivência coletiva durante a vivência, além da utilização de diferentes materiais didáticos, vídeos e referencial bibliográfico apropriado para subsidiar as discussões.

A etapa grupal foi perpassada pela observação da postura e das análises dos alunos frente às questões discutidas, ao trabalho em equipe e à importância da atuação profissional no processo de enfrentamento da realidade e reorientação das práticas e serviços de saúde. Ao final desse processo, foi composta equipe com nove estudantes de três cursos do Centro de Ciências da Saúde: Enfermagem, Nutrição e Psicologia.

Previamente à implementação do projeto, foram realizadas reuniões no intuito de promover o processo de mobilização e articulação com gestores municipais a fim de viabilizar a execução do projeto. Assim, a experiência-piloto ocorreu no município de Amargosa – Bahia, durante todo o período de recesso das atividades semestrais, totalizando vinte dias de vivências e atividades "in loco". Ressaltamos a necessidade e a importância da parceria interinstitucional entre a universidade e a gestão

municipal, neste caso entre a UFRB e a prefeitura de Amargosa, no sentido de viabilizar a implementação do projeto de vivências estudantis no Sistema Único de Saúde.

Amargosa localiza-se na região econômica do recôncavo sul e da bacia do Rio Jiquiriçá, possui uma população de 34.351 habitantes[11]. O sistema municipal de saúde, na época, era composto por: oito Unidades de Saúde da Família, Policlínica de especialidades, Centro Municipal de Saúde, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospital municipal. No município, encontra-se a sede da 29ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES).

A equipe de estudantes desenvolveu o planejamento, a programação e a implementação de ações consoante com a realidade do município no qual estava inserida, baseando-se nos problemas identificados e priorizados conjuntamente pelos estudantes com os gestores municipais e a supervisora docente. De início, houve visitas em todas as unidades de saúde da atenção primária, secundária e terciária do município, para aproximação e conhecimento do Sistema Municipal de Saúde, e a participação em diversas atividades e eventos, tais como: reuniões para planejamento de Equipes de Saúde da Família, na zona urbana e na zona rural do município, curso técnico para os agentes comunitários de saúde, atividades educativas com escolares, eventos promovidos pela 4ª e 29ª DIRES.

Além disso, os estudantes vivenciaram experiências potencializadoras de análises acerca da Participação Popular e Controle Social, tendo em vista a participação, em reuniões, entre comunidade e gestores no Conselho Municipal de Saúde, na Caravana em Defesa do SUS, no Plano Popular Estratégico de Gestão e Afirmação Democrática para uma Amargosa Sustentável (PEGADAS) e nas Conferências Integradas de Amargosa (CONFIAR).

A partir desse primeiro momento de imersão na realidade local, foi construído o olhar do grupo sobre o município, com identificação das lacunas e potencialidades, subsidiando a priorização, em conjunto com a gestão municipal de saúde, de intervenção voltada para o acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. Esta intervenção possibilitou a articulação de atividades de ensino-pesquisa-extensão, mediante o levantamento de dados entre usuários e profissionais, seguido do planejamento e implementação de ações educativas voltadas para todos os agentes comunitários de saúde e recepcionistas do município.

Todo o período da vivência extensionista foi orientado por um processo de acompanhamento da equipe de estudantes, conduzido por docente da universidade, responsável pela supervisão à distância e presencial, através de visitas semanais "in loco", com o objetivo de promover: a articulação ensino-serviço, a orientação do planejamento, da programação e da implementação das ações, bem como o processo de aprendizagem dos alunos frente à realidade vivenciada.

As repercussões nos sujeitos: influências no percurso e no processo formativo dos estudantes após a vivência extensionista

O projeto de vivências foi avaliado positivamente por discentes, supervisora docente e gestores municipais, sendo consenso sua importância na ampliação do percurso e do processo formativo dos graduandos, bem como na articulação universidade – gestão municipal. Ressaltamos a avaliação dos discentes que referem, em seus depoimentos, as repercussões pessoais e profissionais geradas após a vivência, enfatizando aspectos como: aprendizagem através do contato com a realidade do SUS e do trabalho em equipe; associação teórico-prática; troca de experiências entre discentes, docentes, profissionais, gestores e usuários; desenvolvimento de atividades de pesquisa articuladas à vivência extensionista; apresentação da vivência e de produtos desenvolvidos em eventos acadêmicos; ampliação da visão crítica acerca das ações de saúde; autonomia e desenvolvimento pessoal e profissional.

Algumas dessas repercussões podem ser vistas nos depoimentos a seguir:

> "Com o retorno das aulas, minhas experiências estão servindo de base para potencializar meu aprendizado e também o dos meus colegas, além de facilitar meu entendimento e me fazer pensar em métodos para tornar possível muitos processos ainda inoperantes na realidade dos municípios". (estudante de Enfermagem)

> "O VIVER SUS Recôncavo contribuiu tanto para minha formação acadêmica como para minha formação pessoal e cidadã. Diante das experiências no período da pré-vivência e da vivência aprendeu-se a relação da prática com a teoria, trabalho em grupo, respeitar o outro (seu discurso, seus pensamentos). Aprender sobre a gestão, a complexidade e o real SUS, com seus problemas e potencialidades". (estudante de Nutrição)

> "Todo o período da vivência me proporcionou muito aprendizado, desde o treinamento até a apresentação final... Foi possível perceber o quanto se deve avançar e que nós, estudantes, futuros profissionais de saúde, fazemos parte desse processo e temos as ferramentas para tal melhoria". (estudante de Psicologia)

Diante de tais argumentos, acreditamos que o VIVER-SUS Recôncavo contribuiu para potencializar a construção de sujeitos sociais, individuais ou coletivos, posto que as vivências desencadeadas durante o projeto geraram o que L'abbate[12] revela como transformações na sua visão de mundo e na sua maneira de trabalhar e de se relacionar com os serviços de saúde, possibilitando, ao estudante, ressignificar suas práticas, ao aplicar as técnicas e os conteúdos apreendidos, associando-os de forma crítica e criativa, conforme a situação concreta vivida.

As motivações à vontade de superação das adversidades, a sede de desenvolvimento, a formulação de novos problemas, a capacidade de questionar, criticar, compreender e inovar decorrem, quase sempre, da ambientação da aprendizagem e das oportunidades de aprender como aprender, sob orientação, por conta própria e em contato com a realidade circundante[5].

Acreditamos que, nessa lógica, os cenários de aprendizagem devem ser diversificados no sentido de se formarem profissionais de saúde críticos, sensíveis às mudanças requeridas para implementação dos princípios do SUS. De acordo com Cabral et al.[13], é imperativo extrapolar os domínios convencionais da academia para ampliar as possibilidades de construção do saber, aproximar a universidade de outros segmentos, de forma a tornar mais vívida a formação de novos profissionais e cidadãos, visando o exercício de práticas para provocar e estimular a reflexão sobre a dimensão sociopolítica e cultural que envolve a atuação dos trabalhadores e a apreensão do conceito ampliado de saúde.

Portanto, podemos afirmar que os novos espaços de formação, possibilitados através da vivência extensionista, partindo de situações concretas do trabalho e enfatizando a mudança do conteúdo das práticas sanitárias, através do conhecimento e da problematização da realidade, contribuem para o reposicionamento do estudante, futuro profissional, frente a sua própria prática.

Conforme Severino[14], é essencial que o investimento na formação em saúde não se limite à qualificação puramente técnica. Segundo o autor, a extensão tem de ser intrínseca ao exercício pedagógico do trabalho universitário e do processo formativo, pois só assim ela estará dando conta da formação integral do jovem universitário, investindo-o pedagogicamente na construção de uma nova consciência social.

Nesta direção, Mello et al.[5] advogam que tais atividades sejam incluídas estruturalmente nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação na condição de "atividade curricular obrigatória, estruturante da formação universitária", e que o estudante brasileiro passe, necessariamente, por experiências dessa natureza em sua formação acadêmica.

Consoante com a afirmação dos autores supracitados, no sentido de fortalecer e inserir, nos currículos, iniciativas acadêmicas que possibilitem uma formação mais ampliada proposta pela extensão universitária, é fundamental analisar experiências extensionistas congruentes com tais propósitos. Assim, a análise do projeto VIVER-SUS Recôncavo - realizada pelos professores, estudantes, profissionais e gestores do município, sujeitos envolvidos com o planejamento e a implementação da proposta - destaca algumas dificuldades, potencialidades, produtos e sugestões, os quais estão, em síntese, descritos a seguir.

Dificuldades

. Período muito curto para divulgação entre estudantes e docentes e para inscrição dos estudantes, convergindo com o final das atividades do semestre letivo;

. Acesso restrito a computadores e à internet para realização de atividades durante a vivência extensionista;
. Supervisão realizada apenas pela docente-coordenadora do projeto;
. Incorporação de docentes de diferentes cursos para supervisão e acompanhamento em campo.

Potencialidades
. Ampliação do percurso e do processo formativo dos alunos;
. Desenvolvimento de atividades de pesquisa articuladas à vivência extensionista;
. Integração entre estudantes, gestores, técnicos e profissionais do sistema municipal de saúde;
. Possibilidade de ampliação do projeto e de desenvolvimento de programa de vivências extensionistas na universidade;
. Visibilidade da proposta e sua inclusão nas discussões sobre propostas de flexibilização curricular, ocorridas entre os colegiados de curso e centros acadêmicos da universidade.

Produtos
. Sistematização de dados/relatos dos profissionais e usuários, com produção de relatório para a universidade e a secretaria municipal de saúde;
. Oficinas, sobre a Política Nacional de Humanização e acolhimento no Sistema Único de Saúde, com os recepcionistas e agentes comunitários de saúde, de todo o município;
. Apresentação da experiência e dos produtos desenvolvidos em eventos acadêmicos e técnico-científicos, regionais e nacionais.

Sugestões
. Necessidade da incorporação de docentes de diferentes cursos na articulação com os gestores dos municípios nos quais será desenvolvida a vivência extensionista e, também, nas demais etapas do projeto: inscrições, seleção/preparatório seletivo, supervisão, acompanhamento em campo e avaliação;
. Maior prazo para divulgação e inscrições de estudantes, em período anterior ao final do semestre letivo.

Considerações finais

O projeto de vivência extensionista VIVER-SUS Recôncavo promoveu a ampliação da relação universidade-sociedade, com inserção de discentes e docente no sistema local e regional de saúde, sendo realizado de forma articulada com gestores municipais e estaduais. A efetivação desse projeto contribuiu para mudanças relevantes no processo e percurso formativo dos estudantes, desenvolvendo competências e habilidades potencializadoras de uma atitude ética, cidadã e transformadora diante de questões sociais e da organização dos serviços de saúde. Convergiu para a reflexão e a mobilização dos estudantes frente à realidade regional, possibilitando a constituição de sujeitos/cidadãos implicados com o conhecimento e a transformação dessa realidade.

Na área da saúde, segundo Hennington[15], os programas de extensão universitária assumem particular importância, na medida em que se integram à rede assistencial e podem servir de espaço diferenciado para novas experiências de qualificação da atenção à saúde. Além disso, revelam a importância de sua existência na relação estabelecida entre instituição e sociedade, consolidando-se através da aproximação e troca de conhecimentos e experiências entre professores, alunos e população, pela possibilidade de desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem a partir de práticas cotidianas coadunadas com o ensino e a pesquisa e, especialmente, pelo fato de propiciar o confronto da teoria com o mundo real[12].

Advogamos, com base nas propostas de Freire[16], a necessidade de a formação em saúde pautar-se numa educação não normatizadora e não autoritária, com ênfase num processo dialógico de problematização do real. Essa discussão aporta evidências para a relevância de transformações nas práticas acadêmicas e nos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação em saúde, no sentido

de fomentar a flexibilização curricular e de inserir organicamente as ações extensionistas como componentes fundamentais nos currículos.

Outrossim, propugnamos que a definição dos campos de prática deve pautar-se na análise crítica e na possibilidade de redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado, referentes à nova organização do sistema de saúde. Tais elementos são corroborados pelas observações de Macêdo et al.[7] ao afirmarem que os pressupostos de seleção dos cenários de aprendizagem impactam de modo singular a formação dos profissionais e seu aprendizado sobre a prática do cuidado, prática de gestão e prática política.

Desse modo, vislumbramos a formação de profissionais de saúde para além da capacitação com o saber técnico-científico, cuja importância é inquestionável, mas não suficiente para a efetivação de práticas de gestão e cuidado em saúde que envolvam os diferentes trabalhadores/usuários/cidadãos. Indo mais além, vislumbramos a formação de sujeitos comprometidos, éticos e cônscios da sua importância na implementação de mudanças congruentes com os princípios do SUS, capazes de atuar resolutivamente na realidade sanitária na qual estão inseridos, promovendo o empoderamento e a diminuição das desigualdades.

Colaboradores

DGS Biscarde atuou na concepção, redação do texto e revisão final do artigo. M Pereira-Santos e LB Silva atuaram na redação do texto e formatação do manuscrito.

Agradecimentos

À Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - PROEXT e à Prefeitura Municipal de Amargosa - Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio e realização do projeto.

Referências

1. Barros MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, UERJ, IMS, Abrasco; 2005. p. 131-50.

2. Guimarães DA, Silva ES. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2551-62.

3. Severino AJ. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. Interface (Botucatu). 2002; 6(10):117-24.

4. Moraes JT, Lopes EMT. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais. Trab Educ Saude. 2009; 7(3):435-44.

5. Mello AF, Almeida Filho NA, Ribeiro RJ. Por uma universidade socialmente relevante. Atos Pesqui. Educ. 2009; 4(3):292-302.

6. Gurgel RM. Extensão universitária: comunicação ou domesticação. São Paulo: Cortez; 1986.

7. Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco; 2006. p. 229-50.

8. Freire P. Pedagogia do oprimido. 11a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

9. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde [Internet]. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde; 2007 [acesso 2010 Jan 13]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf

10. Diercks MS, Pekelman R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: Caderno de Educação Popular e Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso 2010 Jan 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Dados populacionais: população 2010 [acesso 2012 Mar 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1

12. L'Abbate S. Agentes de trabalho ou sujeitos: repensando a capacitação de recursos humanos em saúde coletiva. In: Canesqui AM, organizadora. Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 1995.

13. Cabral PE, Koadjoglanian VL, Barbier CP, Freitas LSS, Novaes CJ, Mattos MCFI. Interação ensino-serviço-comunidade: uma ferramenta para a integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. 2a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco; 2006. p. 57-69.

14. Severino AJ. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. Interface (Botucatu). 2002; 6(10):117-24.

15. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad Saude Publica. 2005; 21(1):256-65.

16. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 6a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

A formação em saúde, mediada pela extensão universitária, revela-se fundamental para propiciar experiências ampliadas de atuação em cenários do trabalho em saúde. Descreve-se a experiência de um projeto de vivência extensionista no SUS, de forma articulada entre universidade e gestores municipais, refletindo sobre as repercussões desencadeadas no percurso e no processo formativo dos estudantes. A atuação dos graduandos baseou-se no conhecimento da realidade local, na reflexão e priorização compartilhada de problemas/demandas, seguida de intervenções de cunho educativo e participativo, cujo planejamento e implementação enfatizaram formas coletivas e colaborativas de aprendizagem, investigação e intervenção. Os estudantes relataram repercussões no âmbito pessoal e profissional potencializadoras de uma atitude cidadã e transformadora diante de questões sociais e da organização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Formação em saúde. Extensão Universitária. Educação em Saúde. Sistema Único de Saúde.

Healthcare training, university extension and the National Health System (SUS): necessary connections between knowledge and intervention centered on reality and repercussions within the educational process

Healthcare training mediated by university extension has been found to be essential for providing extended experience of acting within scenarios of healthcare work. An experience of an extension project within the National Health System, involving cooperation between the university and municipal managers is described in this article, with reflections on the repercussions triggered during the training and on the students' educational process. The students' actions were based on knowledge of local realities, reflection and shared prioritization of problems/demands, followed by interventions of educational and participatory nature, for which the planning and implementation emphasized collective and collaborative learning, research and intervention methods. The students reported repercussions within the personal and professional sphere, which added potential towards transformatory attitudes of citizenship in relation to social issues and organization of healthcare services.

Keywords: Healthcare training. University Extension. Health Education. National Health System.

Formación en salud, extensión universitaria y Sistema Único de Salud (SUS): conexiones necesarias entre el conocimiento y la intervención concentradas en la realidad y las repercusiones en el proceso de formación

La formación en salud, mediada por la extensión universitaria, se muestra fundamental para propiciar experiencias más amplias de actuación en escenarios del trabajo en salud. Describe la experiencia de un proyecto de experiencia de extensión en el SUS, de manera articulada entre universidades y gestores municipales, reflexionando sobre las repercusiones desencadenadas en el recorrido y en el proceso formativo de los alumnos. La actuación de los alumnos de graduación se basó en el conocimiento de la realidad local, en la reflexión y priorización compartida de problemas/demandas, seguida de intervenciones de cuño educativo y participativo, cuya planificación e implementación dieron énfasis a formas colectivas y colaborativas de aprendizaje, investigación e intervención. Los estudiantes relataron repercusiones en el ámbito personal y profesional que potencian una actitud ciudadana y transformadora ante cuestiones sociales y de la organización de los servicios de salud.

Palabras-clave: Formación en salud. Extensión universitaria. Educación en salud. Sistema Único de Salud.

Recebido em 09/07/13. Aprovado em 30/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622012.3846

Conversas sobre *formarfazer* a nutrição:

as vivências e percursos da Liga de Segurança Alimentar e Nutricional

Olívia Maria Oliveira Schneider[a]
Alden dos Santos Neves[b]

Começando as conversas

O eixo motivador deste texto foram conversas diversas presenciais, por e-mails e também nas redes sociais. Os diálogos giravam sobre: formação em nutrição, modos de fazer docente, contexto da segurança alimentar e nutricional, promoção do direito humano à alimentação adequada, e limites da *teoriaprática.* As narrativas delineavam opiniões, percursos, possibilidades, sonhos, caminhos possíveis de fazer diferente, gerando as ideias e processo em/de construção.

Optamos por continuar narrando, pois essa forma diferenciada de *falarescrever* revelaria as vivências e a realidade.

Pesquisamos outros modos de fazer da escrita e encontramos eco nas ideias e escritos de Oliveira[1]. A autora mostra que é possível romancizar a ciência e valorizar outros conhecimentos construídos em várias tessituras, formas, cores e movimentos. Então, mãos unidas e corações em sintonia para iniciar a construção literária.

Esta narrativa fala de construção, tece fios numa rede de conhecimentos sobre formação em nutrição e segurança alimentar e nutricional. Vivências que inspiram e emocionam. Optamos por uma expressão textual que valoriza as práticas educativas, suas inter-relações, os sentimentos, as dificuldades, os avanços e atropelos, os desafios, e também as possibilidades.

A narrativa estimula novos voos e nos remetemos a Oliveira[1] utilizando a *falaescrita* de Maria da Conceição Almeida[2]:

> É saudável projetarmos espaços de fuga para além das muralhas conceituais, teóricas e metodológicas que interditam a visão de horizontes maiores, mais plenos, perigosos, criativos; mais movediços, incertos, provocativos, desavergonhados.[2]

[a] Departamento de Nutrição Aplicada, Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier, nº 524, 12º andar, Bloco D, Maracanã. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20550-013. olimarfs@gmail.com
[b] Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA). Volta Redonda, RJ, Brasil. aldensn@gmail.com

Segurança alimentar e nutricional: fios para as redes de saberes e modos de *formarfazer* a nutrição

O campo da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) passou por complexa expansão em nosso país e, hoje, seus múltiplos saberes ampliam as discussões do tema alimentação e nutrição. Um exemplo de integração de saberes é o conceito descrito no relatório da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional ocorrida em 2004 em Pernambuco:

> Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.[3]

Inúmeros aspectos deste conceito configuram-se ao longo da última década, estimulam debates, e adquirem relevância política gerando implementação de políticas públicas. Estes debates se deram a partir de intensos diálogos, tensões, pressões, participação, e negociações entre organizações da sociedade civil e governo.

Este percurso nos remete à noção de rede que ultrapassa a noção da disciplinaridade e da setorialidade, tem outra tessitura, promove diálogo, o pensar complexo, valoriza a prática social e, assim, desvela-se o olhar para os espaços de experiências que não só os oficiais[4].

Os diferentes aspectos são os fios teóricos que se articulam na rede, no caso de SAN, entrecruzando-se. Sabemos que, até hoje, a capacidade de articulação entre eles é um grande desafio.

A rede tecida pelos saberes e atores, sob um olhar menos atento, pode revelar um conjunto de conhecimentos isolados e autônomos, com restrição dialógica entre eles. Esta percepção se dá devido à visão tradicional e hierarquizada do funcionamento de programas e ações, onde diversos setores têm funções nos campos: técnico, político, orçamentário, de gestão.

Numa transição estratégica, a construção dos nós integradores destes saberes contribuiria para criar um sistema de integração, tanto para o monitoramento como para articular orçamento e gestão, e na opinião de Burlandy[5], reordenar processos de trabalho, tanto quanto transpassar "as dificuldades para a ação integrada, tais como as diferenças de valores, e ideias, a redistribuição de recursos financeiros, humanos e políticos, tempo". Ressalta a autora que favoreceria o diálogo entre os níveis de governo.

Uma vitória seria propiciar diálogo essencial entre diversos programas e, com os saberes locais, tecer um "saber coletivo múltiplo", na clareza de que o espaço da vida cotidiana é "espaço/tempo de produção de conhecimentos válidos e necessários"[4].

Para conversas e modos de fazer a SAN renovados sob a égide da interação, é preciso aproximar parceiros de múltiplos cenários. Provoca-se o movimento de tessitura de projetos de *aprenderensinar* SAN. Tecemos saberes mais técnicos necessários ao empoderamento dos atores, e também saberes singulares. Nessa pluralidade se constroem modos de fazer a SAN mais interativos no nível estadual e municipal.

Alguns desses saberes são revisitados nos espaços de conhecimento, intra ou extra-universitários. Exemplificamos alguns deles: a produção de alimentos e seus modelos, o acesso, as características de seu consumo, a utilização biológica e a qualidade destes; suas implicações econômicas, culturais e sociais; a garantia do direito humano à alimentação adequada; as implicações nutricionais no âmbito da saúde; programas de alimentação em escala nacional; programas de transferência de renda; a soberania alimentar.

Esta multidimensionalidade estimula o debate acadêmico, entre estudantes e professores dos cursos de graduação em Nutrição e geralmente estes conteúdos estão inseridos nas disciplinas que vinculam a Nutrição e a Saúde Pública.

Esses debates valorizam aspectos teóricos, destacam a trajetória do tema, sua evolução, inter-relações, valorização no cenário nacional, percurso de elaboração de políticas públicas, contextualizando a SAN.

Em comparação às conversas teóricas, as vivências práticas no/do tema deixam a desejar. Perde-se a oportunidade de entrar na rede, de compartilhar outro/seus modos de estar no mundo, de interagir com outras linguagens, de trilhar rumos para a participação ativa e cidadã. Articular saberes e apreender a realidade ficam desprestigiados, reforçando a famosa dicotomia teoria/prática.

Algumas pistas nos levam aos motivos que reforçam esta dicotomia. A compartimentalização do saber separa-o em "caixinhas", acessadas quando o discente entra em contato com cada um separadamente. Este processo geralmente é conduzido por um docente, reconhecido como o "dono das caixinhas". Outro aspecto seria que o espaço social é uma estrutura complexa, interdisciplinar, múltiplo, dinâmico e imprevisível, com diversas linguagens podendo representar muralhas para as ações acadêmicas. Esta incerteza provoca desestabilização à organização previsível dos modos de fazer de ensinar/aprender, graficamente separados por uma barra.

Remetendo-nos a Gallo[6], neste contexto fica difícil otimizar a formação do aluno, sobretudo na formação em SAN que não acontecerá somente pela "assimilação de discursos". A formação deste aluno, para que possa "assumir posturas de liberdade, respeito, responsabilidade", "suscita interação com espaços que rompem as fronteiras das salas de aula tramando redes de saberes que possibilitam novos territórios". Segundo o autor, "qualquer espaço social pode ser o lugar do aprendizado, do acesso aos saberes e de sua circulação e partilha"[6] e podemos afirmar que fora da escola/universidade também se aprende.

Os diálogos acadêmicos nem sempre propiciam outras formas de saber e de estar, nem tampouco situar questões políticas, sociais, culturais e econômicas. Isto pode delinear o modo como certos pesquisadores valorizam os estudos científicos e suas próprias concepções de ciência. Segundo Santos, Meneses e Nunes[7] a atitude de ignorar a produção do saber local reafirma a postura de considerá-lo como um *não-saber* ou como um saber subalterno. Cria-se, então, uma divisão hierárquica entre conhecimento técnico incluindo modelos, tecnologias, respostas técnicas, e as práticas desenvolvidas nas comunidades.

A abertura para uma relação entre professores e alunos que promova movimentos e diálogos questionadores, que renove o debate, recupere diferentes saberes, que envolva outros atores, gera a perspectiva de participação "mais alargada e informada"[7]. Pode-se ir e vir, trazendo parceiros de percurso para o cenário de aprendizagem, revelando-se condições diversas e reais e também aspirações concretas.

Rompe-se com as amarras dos conteúdos programáticos das disciplinas e enredam-se alunos e professores nos fios das redes de conhecimentos tecidas. Sob esta ótica, o ato de *ensinaraprender* é colocado numa nova situação menos técnica, menos classificatória, menos modelada, mas nem por isso menos profunda, tramando novos modos de fazer a nutrição e a segurança alimentar e nutricional.

E este tema complexo provoca questionamentos, dúvidas e incertezas, mas gera possibilidades, tecendo outras redes com os autores que nos referenciam. É no campo instável onde as certezas são questionadas que nos defrontamos com as diferenças, as deficiências e as dificuldades da sociedade em resolver seus problemas essenciais, como a fome e a pobreza extrema. É neste estado de desconforto onde somos estimulados a perceber os muros que se constroem e que acabam por conter o diálogo necessário e as vivências de articulação. Este cenário revela as violações dos direitos humanos e mexe e remexe com outros sentidos em nós e nos alunos, sensíveis em diversas escalas ao que os move.

Sente-se o tamanho do desafio: instigar a reflexão conjunta que se entrelace nas práticas sociais, interagindo, e acrescentando algo significativo ao cotidiano da vida das pessoas.

Este processo não se dá sozinho. É compartilhado, solidário, interativo, sempre investigativo, investe nas descobertas, nas experiências, nas dúvidas, nas incertezas. É neste espaço de formação que no dizer de Alves[4]: "[...] cada professor é chamado a desempenhar simultaneamente, o papel de formador e formando, em redes coletivas de trabalho, nas quais também outros sujeitos são chamados de diferentes e múltiplos espaços para ajudar nessa formação".

Compactuamos com a ideias de Santos, Meneses e Nunes[7] sobre as experiências de construção, processos de produção de práticas que se colocam em interação em maneiras de fazer ou de competências adquiridas, com o intuito de criação de algo que antes não existia, adquirindo novas propriedades, assumindo um diálogo possível com outras formas de saber. Reconhecemos que esta vivência narrada é um processo de construção.

O *espaço/tempo* da construção: a Liga de Segurança Alimentar e Nutricional

Nesta fase narrativa do texto sobre a LASAN, lembramos muito de Paulo Freire[8], e sua fala o representa:

> uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou a professora ensaiam a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar.[8]

Importante contextualizar onde acontece esta vivência de formação, de emoções, de participação. Ela se dá no sul do estado do Rio de Janeiro no trecho inferior do médio vale do rio Paraíba do Sul, em um Centro Universitário da cidade de Volta Redonda. Falamos sobre o interior do estado, no entanto, o município é a terceira maior receita fiscal do estado, com uma população aproximada de trezentas mil pessoas.

Como toda instituição universitária, também é regida por normas instrucionais e legais, e este Centro Universitário define como ligas acadêmicas entidades sem fins lucrativos com duração ilimitada, criadas e organizadas por acadêmicos, professores e profissionais que apresentam interesses em comum. Constitui-se por atividade extraclasse e deve desenvolver ações voltadas para o ensino e para a educação[9].

A Liga Acadêmica de Segurança Alimentar e Nutricional (LASAN), fundada em 2007, tem como característica ser entidade de natureza acadêmica, cujo objetivo principal é motivar os alunos a aprofundar o tema SAN, realizando atividades de ensino, pesquisa e extensão.

É a primeira Liga Acadêmica do Curso de Nutrição no Centro Universitário ao qual é vinculada, sendo pioneira, tanto pela temática abordada, quanto por ser, até então, a única liga acadêmica do país neste tema.

O percurso de sua fundação foi marcado por conversas iniciadas nas aulas da disciplina de Nutrição e Saúde Pública. Como parte dos objetivos propostos pela disciplina, o aluno entra em contato com o problema da fome no Brasil, sua caracterização, processo histórico relacionado ao modelo econômico do país, e a situação atual. A pauta inicial é a desigualdade social e a mudança do estado de fome clássico para o estado de fome oculta.

Nesta trajetória inclui-se Josué de Castro[10] no cenário brasileiro, importante pesquisador não tanto em sua época, mas na atualidade, por suas concepções que nos norteiam até hoje. É notório o seu pioneirismo para a Nutrição, e suas pesquisas iniciais na década de 1940 alteraram o modelo paradigmático da fome e das suas causas reais, denunciando sua relação com vertentes econômicas e revelando sua existência e persistência num processo imposto pelo homem ao homem[10].

O referido autor questiona o modelo de formação dos nutricionistas, e sugere que estes profissionais deveriam ser os principais responsáveis pelo combate à fome no Brasil.

Nos modos de fazer destas aprendizagens, busca-se desenvolver o senso crítico dos alunos utilizando metodologias participativas de caráter problematizador, aproveitando as possibilidades que a disciplina abre, mas entendendo suas limitações. Utilizam-se vídeos seguidos de conversas e debates incluindo dados nacionais importantes, como a questão da produção agrícola brasileira em contraposição à reticente condição de insegurança alimentar nacional e outros. Busca-se reflexão e a percepção dos alunos quanto às dimensões do problema da fome no Brasil. Conversas enriquecidas pelo encontro, segundo Certeau[11], a arte de conversar:

> as retóricas da conversa ordinária são práticas transformadoras de situações de palavra, de produções verbais onde o entrelaçamento das posições locutoras instaura um tecido oral sem proprietários individuais, as criações de uma comunicação que não pertence a ninguém. A conversa é um efeito provisório e coletivo de competências na arte de manipular lugares comuns e jogar com o inevitável dos acontecimentos para torná-los habitáveis.[11]

Estas questões fervilham nas mentes e nos corações de todos e motivam as discussões nas próximas aulas. Tratamos da formação em nutrição e, nela, não escapam as normas, diretrizes, grades, currículo, mas também se conectam com a proposta de Josué de Castro de que este profissional seja formado para resolver grandes problemas da fome do país. Discute-se se os modelos formativos respondem a exigência de um profissional generalista que atenda a várias atribuições e ações engajadas, com senso crítico e com ampla atuação em saúde pública. Lança-se, ao fim da aula, mais um desafio aos alunos, qual seja refletir sobre a pergunta: o que vocês, como futuros nutricionistas, têm a ver com o problema da fome no Brasil?

Nem sempre os alunos são tão domesticados a ponto de saírem das aulas sem continuidade dos diálogos. Criam outras maneiras de fazer, que sempre surpreendem os docentes. Novamente nos inspiramos em Certeau[11]; segundo ele são as táticas desviacionistas:

> a tática é movimento dentro do campo de visão do inimigo, como dizia Büllow, e no espaço por ele controlado. Ela opera golpe por golpe, lance por lance. Aproveita ocasiões e delas depende, sem base para estocar benefícios, aumentar a propriedade e prever saídas.[11]

Após o fim da aula, o professor responsável foi procurado por um grupo de alunos, que se sentiram incomodados com os questionamentos e reflexões. Foram provocados, e no dizer deles, precisavam fazer algo como futuros profissionais, também foram estimulados a pensar sobre este "algo", e se possível relacioná-lo às necessidades locais. Marcaram outras conversas conjuntas para iniciar a tessitura deste modo de fazer refletido e renovado. Para isto precisavam de algum tempo para pensar, propor, construir e alinhavar alguns fios.

Antes do prazo proposto pelo professor, os alunos vieram acompanhados de outros da mesma turma, o grupo construiu outras redes e aumentou. Conversaram sobre uma série de possibilidades de atuação, porém sem uma organização possível que se convertesse em práticas concretas.

Este projeto não foi diferente de alguns projetos acadêmicos, nos quais, primeiramente, se pretende um projeto de cooperação internacional, depois, o reduzimos às instâncias nacionais, para chegar ao regional, passando às realidades estaduais, sucessivamente às municipais, para, somente depois, refletindo sobre a multiplicidade dos aspectos imbricados, chegar numa construção local. A ideia inicial dos alunos baseava-se na construção de uma organização sem fins lucrativos e atuando como uma organização não governamental.

Depois de conversas, argumentações, críticas, sugeriu-se aos alunos que pensassem na criação de uma Liga Acadêmica, um espaço institucional onde pudessem realizar atividades de ensino-pesquisa-extensão integradas e teriam a escuta e os apoios necessários para esta construção.

O plano de voo e o percurso

Trataremos um pouco sobre as ligas acadêmicas, destacando que são organizações mais comuns no campo da medicina, em diversas áreas.

A tradição das ligas acadêmicas se deu no Curso de Medicina para aprofundar um tema ou atender as demandas da população em áreas específicas. A importância destas organizações estaria em inserir os alunos na comunidade através de práticas educativas, desenvolvendo ações de saúde, ensino, pesquisa e extensão. Movimentos de práticas diferenciadas no cenário formal dos currículos do Curso em questão, uma proposta de currículo paralelo. Alguns movimentos são esperados em relação às ligas acadêmicas de medicina:

> espera-se que as LA constituam-se "espaços" onde o aluno possa atuar junto à comunidade como agente de promoção de saúde e transformação social, ampliando o objeto da prática médica, reconhecendo as pessoas como atores do processo saúde-doença, o qual envolve aspectos psicossociais, culturais e ambientais, e não apenas biológicos.[12]

As Ligas podem contribuir para a formação profissional mais ampliada dos alunos de diferentes cursos da área da saúde extrapolando os limites das salas de aula. Acompanhamento e reflexão são necessários para que o processo de desenvolvimento das ligas acadêmicas não se torne acrítico e compactue com o ideário do assistencialismo.

Na opinião de Torres et al.[12] é preciso avaliar a relevância social e acadêmica deste tipo de atividade para que não se bloqueiem as possibilidades de interação entre os alunos e as comunidades onde estão inseridos. Estas atividades são vivenciadas, mas são pouco sistematizadas e divulgadas. O autor também ressalta a dificuldade de encontrar referências sobre este tema.

Voltemos para as conversas entre professor e alunos sobre o percurso da construção da LASAN. Nos encontros foi esclarecida a necessidade de se proceder a formalidades para que a atividade fosse reconhecida no âmbito da academia; verificar o estatuto, as normas vigentes no Centro Universitário ao qual está vinculada, distribuição de cargos necessários à formação básica, a definição e disponibilidade de um professor orientador. Estes aspectos foram colocados em prática pelos alunos, e a LASAN instituída começa suas atividades junto ao Curso de Nutrição, tendo como docente responsável o professor da disciplina de Nutrição e Saúde Pública.

As primeiras atividades desenvolvidas pela LASAN são atividades de extensão e ensino, como o convite aos profissionais da área a proferirem palestras sobre diversos aspectos do tema SAN, abertos aos alunos do Curso, e com presença obrigatória dos alunos-membros da Liga. Com a divulgação das atividades da LASAN entre os alunos, mais alunos de outros períodos se interessam e o número de colaboradores da Liga aumenta.

Com o aumento de alunos-membros, poderiam pensar em atividades na realidade social do município. Tornou-se possível o desenvolvimento de atividades de apoio a entidades assistenciais que atuam com assistência alimentar. As estratégias são elaboradas e os alunos dividem-se em grupos, sob a orientação do docente responsável, na atuação em parceria com Organizações não governamentais. As atividades iniciais concentraram-se no treinamento dos voluntários das organizações, em segurança microbiológica no preparo de refeições, além de atividades educativas sobre alimentação saudável e sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Neste meio tempo, o professor responsável pela LASAN entra em contato com parceiros na área de SAN, atores na esfera estadual e nacional. Compartilhando suas experiências e troca de informações, recebeu sugestões e um presente para a liga, que foi um vídeo sobre a vida de Josué de Castro. Uma nova atividade é estruturada: um vídeo-debate com os alunos membros, despertando o desejo de mostrar, aos demais estudantes do curso, a importância de Josué de Castro na formação do profissional nutricionista brasileiro.

A direção da Liga se articula e propõe a realização de um Movimento de resgate à memória de Josué de Castro, com a confecção de camisetas com o rosto do pesquisador com os dizeres: "Você conhece este homem?". Todos os alunos-membros e alguns professores recebem a camiseta e são orientados a usá-la ao menos uma vez por semana. Quando indagados sobre quem era o homem na camiseta, dariam uma explicação resumida sobre Josué de Castro e seu papel para o Brasil e para a profissão de nutricionista. Este movimento teve a duração de, pelo menos, seis meses.

Outras parcerias se firmaram e novos eventos surgiram, como a participação da direção da LASAN em evento estadual ligado ao tema, fomentando nos alunos a vontade de realizar um evento próprio, que se concretizou em 2008. O evento foi denominado de I Seminário de Segurança Alimentar e Nutricional vinculado ao Centro Universitário. A proposta seria debater os desafios e avanços do tema na região, com participação de profissionais experientes na área; agentes governamentais e não governamentais militantes no tema, e destacar experiências bem-sucedidas no campo da SAN, assim como desenvolver novos meios de atuação para a LASAN.

Além do apoio institucional do Centro Universitário, teve como parceiros: o Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea/RJ); a Associação Brasileira de Direitos Humanos (ABRANDH); o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS); o Banco de Alimentos de Volta Redonda e Conselhos de Segurança Alimentar de Volta Redonda e de Piraí. Houve participação expressiva de estudantes de graduação, nutricionistas, e representantes de entidades da sociedade civil de toda a região do Médio-Paraíba. No local do evento, foi organizada uma exposição sobre Josué de

Castro, gentilmente cedida pelo Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional/RJ (Consea/RJ) e Conselho Regional de Nutricionistas - 4ª Região e, posteriormente, doada à LASAN.

As atividades de extensão locais, o impacto causado pelo evento e a divulgação das atividades da Liga pelas entidades assistenciais trouxeram novos voos e desafios. A LASAN recebe convite para desenvolver eventos e parcerias fora do município, fora dos muros acadêmicos e com envolvimento de vários estudantes do Curso de Nutrição.

Podemos citar o I Encontro de Estudantes em Segurança Alimentar e Nutricional e a participação da LASAN em atividade da Rede de Educação Cidadã do Rio de Janeiro, em conjunto com a Associação de Pequenos Produtores de Cachoeira Grande, do bairro de Piabetá, em Magé, no estado do Rio de Janeiro. Esta última com objetivo de realizar levantamento dos moradores, suas dificuldades e potencialidades relacionadas à produção agrícola, para orientar as ações a serem desenvolvidas.

O I Encontro dos Estudantes e Segurança Alimentar e Nutricional teve como objetivo comemorar o centenário do nascimento de Josué de Castro e divulgar a experiência da LASAN para Instituições de Ensino Superior do estado do Rio de Janeiro, e contou com a presença de Ana Maria de Castro, filha de Josué de Castro.

Com o reconhecimento e relevância das atividades da LASAN, esta foi convidada a ter assento como membro titular no Consea/RJ, representando o movimento discente de Nutrição, e o professor orientador como membro suplente deste Conselho.

A participação dos membros da LASAN intensa e renovadora, motiva a tessitura de nós integradores com os movimentos sociais do município e culmina no convite para participar da organização da 3ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Volta Redonda, realizada em julho de 2011. Outro passo importante foi indicação como entidade delegada para representar o município na Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional do Rio de Janeiro em agosto de 2011.

A relevância da atuação da LASAN no movimento de construção do DHAA no município de Volta Redonda é reconhecida pela tomada de assento no Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

Atualmente, a LASAN encontra-se em sua quarta diretoria, e mantém-se ativa nas parcerias com as organizações não governamentais do município, além das ações de promoção de SAN em escolas da rede pública de ensino. Estas atuações acontecem no próprio município e também no município de Pinheiral. Os limites se expandem com o desenvolvimento de pesquisas sobre segurança alimentar no distrito de Arrozal, no município de Piraí.

A atuação da LASAN continua enredando em seus fios novos parceiros discentes, encantados pela repercussão das atividades, pela possibilidade de vivenciar as redes de saberes do tema e pela rara oportunidade de *aprenderensinar* entre os próprios discentes do curso de nutrição.

Para terminar as conversas, concluindo e provocando, tudo ao mesmo tempo enredado

A experiência aqui narrada possibilita ampliar processos de tessitura, articulação, integração e recriação de saberes sobre SAN. Estimula a reflexão sobre a formação em nutrição não só sobre o ponto de vista dos conteúdos e diretrizes prescritos nos currículos planejados, mas na necessidade de romper com os muros que separam o pensar e o fazer. Parece lugar comum esta afirmativa, mas a história se repete e os saltos qualitativos não são significativos, dificultando as tramas dos conhecimentos dentro e fora da universidade. O avanço nas reflexões e ações unindo *práticateoriaprática* seria ousar para além da possível hierarquia nestes momentos pedagógicos.

Esta experiência promove e provoca uma reflexão crítica da formação que desempenhamos, considerando dúvidas, incertezas, mas também desejos atuais de modos de fazer diferentes, com o olhar no futuro. "Nossas práticas podem ser suporte importante para as mudanças que queremos"[13]. Com aprendizados diferenciados abrimos horizontes para a formação engajada e de relevância social. Vislumbra-se a diferença entre informar e formar, o ato transformado em diálogo permanente com as transformações da sociedade e a realidade local, tramando fios da rede de conhecimentos tecida em

conjunto com universidade e comunidade e que extrapole permanentemente para seu exterior, o quanto possa, para criar novos fios e nós articulados.

Barros[13] nos dá algumas pistas para os processos de formação: minimizar o sentido dicotômico de teoria/prática; competência técnica/domínio da prática; formação teórica/técnica; separação entre teoria, prática e compromisso político. Para tal transformação sugere a autora uma "política de invenção"[13], onde se assuma uma postura ético-política e dialógica dos diferentes saberes, entendendo suas formas singulares, que amplie cada vez mais as possibilidades de experimentação e que saiba lidar com a imprevisibilidade do cotidiano.

A formação como processo em construção unindo conhecimento teórico e prática como exercício da profissão enreda fios comuns de aprendizado, facilita transformar vivências em caminhos de experiência, num esforço de respeito à autonomia e à identidade dos educandos. Por outro lado, assumir o conhecimento como acabado e definitivo propicia a criação de barreiras, afastando as bonitezas de conhecer o mundo[8], desconsidera outras presenças e outras experiências, esteriliza o diálogo aberto, imaginativo e curioso entre professores, alunos e pessoas do mundo. Formar exige respeito aos saberes múltiplos, ética em pensamentos e ações, risco e aceitação ao que é e não é conhecido, crítica à prática e compromisso.

Esta vivência acredita no emaranhado das múltiplas facetas que envolvem o tema da SAN, evidenciando que podemos ir além dos encontros intersetoriais e vislumbrar caminhos que promovam diálogo fluido e relevante, recriando os modos de fazer e deixar-se surpreender na descoberta que "a riqueza de entrar na rede é que cada um pode escolher ou mesmo dar um nó, e quanto mais nós mais surpresas. E se aprender não é surpreender então o que seria?"[14].

As atividades da LASAN e orientadas pelo professor, não têm a pretensão de suprir ou substituir as ações dos governos locais, que necessitam implementar um conjunto de políticas públicas e monitorá-las.

Estas vivências contribuem para o processo de formação engajado, unindo técnico e político, e como prática social, na forma de inserção criativa dos discentes na realidade local e na tessitura de redes de conhecimento que contribuirão para atitudes solidárias, para o exercício participativo, e autonomia profissional. O fazer diferenciado pode contribuir, como nos diz Lowy[15], para a construção de "uma cultura da esperança voltada para a perspectiva de um futuro emancipador".

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Oliveira IB, organizador. Narrativas: outros conhecimentos, outras formas de expressão. Rio de Janeiro: Faperj; 2010.

2. Oliveira IB, Geraldi W. Narrativas: outros conhecimentos. In: Oliveira IB, organizador. Narrativas: outros conhecimentos, outras formas de expressão. Rio de Janeiro: Faperj; 2010. p.13-28.

3. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Princípios e diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Gráfica e Editora Positiva; 2004.

4. Alves N, organizador. Criar currículo no cotidiano. São Paulo: Cortez; 2002 (Série Cultura Memória e Currículo, v.1).

5. Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. Cienc Saude Colet. 2009; 14(3):841-60.

6. Gallo S. Transversalidade e educação: pensando uma educação não-disciplinar. In: Alves N, Garcia RL, organizadores. O sentido da escola. Rio de Janeiro: DP&A; 1999. p.17-41.

7. Santos BS, Meneses MPG, Nunes JA. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: Santos BS, Meneses MPG, Nunes JA, organizadores. Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005. p.21-121.

8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

9. Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA [internet]. Ligas Acadêmicas [acesso 2012 Ago 15]. Disponível em: http://www.foa.org.br/portal_ext/liga_acad/default.asp

10. Castro J. Geografia da fome, o dilema brasileiro: pão ou aço. 14.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.

11. Certeau M. A invenção do cotidiano: artes de fazer. Petrópolis: Vozes; 1994.

12. Torres AR, Oliveira GM, Yamamoto FM, Lima MCP. Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. Interface (Botucatu). 2008; 12(27):713-20.

13. Barros MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2011. p.131-50.

14. Garcia RL. Atravessando fronteiras e descobrindo (mais uma vez) a complexidade do mundo. In: Alves N, Garcia RL, organizadores. O sentido da escola. Rio de Janeiro: DP&A; 1999. p.81-110.

15. Lövy M. Por uma cultura da solidariedade e da esperança. In: Moraes D, organizador. Combates e utopias. Rio de Janeiro: Record; 2004. p.373-6.

O presente artigo narra a trajetória da Liga Acadêmica de Segurança Alimentar e Nutricional (LASAN). Iniciativa pioneira de vivências práticas e discussões aprofundadas no tema segurança alimentar e nutricional. Surgiu como resposta aos desafios propostos em sala de aula sobre os modos de fazer a nutrição incluindo a responsabilidade da promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada. Esta narrativa aborda a rede de temas sobre formação em nutrição e segurança alimentar e nutricional. Referencia-se nos conhecimentos de autores que debatem a formação e a educação crítica como prática social. A trajetória da LASAN aponta para caminhos renovados onde se podem transformar em ação os saberes relevantes em SAN, assim como experimentar renovadas formas de *aprenderensinar* Nutrição.

Palavras-chave: Educação superior. Nutrição. Segurança alimentar e nutricional. Liga acadêmica.

Conversations about *buildingforming* nutrition: the experiences and paths of food and nutrition security

This paper describes the history of the Academic League for Food and Nutrition Security (ALFNS). It was a pioneer initiative of practical experiences and deep discussions about food and nutrition security. Appeared as an answer to challenges proposed inside the classrooms that pointed out the need of building nutrition including responsibility of Human Rights to Proper Nourishment promotion. This narration approaches a network of themes related to nutrition and food security education. The present work makes references to the knowledge of authors that debate critical education as a social practice. The history of the Academic League for Food and Nutrition Security (ALFNS) points out to a new pathway, where relevant knowledge on Food and Nutrition Security turns into action, as well as experimenting new ways of *learning teaching* nutrition.

Keywords: College education. Nutrition. Food and nutrition security. Academic league.

Conversaciones sobre *formarhacer* la nutrición: las vivencias y rutas de la Confederación de la Seguridad Alimentar y Nutricional

El presente artículo relata el trayecto de la Confederación Académica de Seguridad Alimentar y Nutricional (LASAN en la abreviación latina). Proyecto pionero de vivencias prácticas y discussiones aprofundizadas en el tema seguridad alimentar y nutricional. Surgió como respuesta a los desafíos propuestos en classes, sobre las maneras de hacer la nutrición, incluyendo la responsabilidad de la promoción del Derecho Humano a Alimentación Adecuada. Esta narrativa trata de uma serie de temas sobre formación en nutrición y seguridad alimentar y nutricional. Basada en los conocimientos de los autores que discuten la formación y la educación critica como práctica social. La trayectoria de LASAN apunta para caminos renovadores donde se puede cambiar por acciones los relevantes saberes en Seguridad Alimentar y Nutricional, así como experimentar nuevas maneras de *aprenderenseñar* nutrición.

Palabras clave: Educación superior. Nutrición. Seguridad alimentar y nutricional. Confederación académica.

Recebido em 03/10/12. Aprovado em 20/05/13.

DOI: 10.1590/1807-57622012.3879

O uso do diário como dispositivo cartográfico na formação em Odontologia*

Eliane Teixeira Leite Flores[a]
Diogo Onofre Gomes de Souza[b]

Introdução

A formação dos profissionais de saúde passa por transformações na organização tanto dos cursos como das práticas pedagógicas nas diversas carreiras, regiões e contextos. Nesse movimento, importa observar o encontro entre ensino e trabalho, como Barros[2] propõe pelos fluxos de criação – sem desconsiderar as especificidades desses territórios institucionais – de novos processos para transformar tanto a universidade quanto o sistema de saúde justamente por distinção e convocação recíproca.

A ênfase na saúde coletiva está planejada para ser polarizada no primeiro semestre do curso e, no final, em forma de estágios na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Essa descontinuidade só reforça a dicotomia da relação saúde coletiva *versus* clínica[3] e dá sentido à subjetivação do cuidado pela conexão entre o que insiste em continuar separado, ou seja, a clínica e o ensino da saúde coletiva.

Na perspectiva de cuidar da saúde, o exercício de formar a ação força a pensar a clínica e o ensino como um plano coletivo de forças e de formas – plano explicado por Escóssia e Tedesco[4] como sendo o que revela a gênese das formas empíricas, isto é, o processo de produção de objetos do mundo e, entre eles, os efeitos de subjetivação. A expressão "coletivo de forças" deriva de uma rede conceitual composta por pensadores, como: Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, Gilbert Simondon e René Lourau. É possível, seguindo essa rede conceitual, apreender o coletivo longe da dicotomia coletivo-indivíduo. O conceito de coletivo, na dimensão ampla usada por esses pensadores, refere-se aos planos de forças, também definido como plano de imanência, de consistência, de composição ou instituinte. Nesse plano, o que está em jogo é a consistência com que uma força venha a se combinar com outras forças. Trata-se de processos de subjetivação, em que a criação de outros modos de existência passe a se proliferar por contágio[4(c)].

Segundo Deleuze e Parnet[5], no plano de imanência deixa de existir o sujeito fixado em uma estrutura, de forma que o que há são individuações que se definem unicamente por afetos ou potências. Tem-se, então, um coletivo transindividual ou pré-individual, entendido como espaço-tempo entre o individual

* Elaborado com base em Flores[1]; pesquisa financiada pela Capes, aprovada no Comitê de Ética e registrada no sistema virtual da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

[a] Doutoranda, Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências e Saúde: Química da Vida, Faculdade de Bioquímica, UFRGS. Rua Ramiro Barcelos, 1691/92. Porto Alegre, RS, Brasil. 90035-006. elianetl@terra.com.br

[b] Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências e Saúde: Química da Vida, Faculdade de Bioquímica, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. diogo@ufrgs.br

[c] A articulação entre as teses de Foucault[7] sobre o saber e poder e o conceito de individuação de Simondon[8] é trabalhada por Escóssia e Tedesco[4] a partir do diagrama de forças. A realidade emerge do processo de produção do saber, efeito do movimento convergente de forças, de caráter discursivo e não discursivo, duas modalidades de práticas

continua

e o social, espaço dos interstícios, plano de criação de formas individuais e sociais, origem de toda mudança.

Conforme Costa e Fonseca[6], embasados nos estudos da obra de Foucault[(d)] e Deleuze[(e)], pensar o homem no seu tempo constitui imposição ética para com o presente, como estratégia que possibilita uma cultura do cuidado-de-si. Quando se fala do presente, pensa-se em certo intervalo de duração que pode ser alongado ou encurtado. A imagem atual (o presente) coexiste com sua imagem virtual (o passado e o futuro).

Aquilo que se diferencia em duas tendências divergentes é um atual, sendo que o atual e o virtual são ambos reais, assim como o real é atual e virtual ao mesmo tempo. Nesse sentido, atualizar, diferenciar, integrar, pensar e problematizar é sempre um processo de criação, e a criação da vida só se dá pela diferenciação do virtual[10]. O pensador afirma o direito de se criar, enunciar e gerir os próprios problemas, processos que põem em cena não apenas subordinação e adestramento, mas experimentação e dispositivo de abertura a outras sensibilidades. Trata-se de operar uma gênese da intuição, isto é, de determinar a maneira pela qual a própria inteligência se converte em intuição[11].

A atenção cartográfica, por meio da criação de um território de observação, faz emergir um mundo que já existia como virtualidade e que, enfim, ganha existência ao se atualizar. Costuma-se tomar como diferença aquilo que não passa de pura repetição – algumas práticas que, cristalizadas, só reforçam os impasses que precisam ser enfrentados. Kastrup[12] aponta a perspectiva bancária de produção e transmissão do saber, de acumulação de conhecimento como algo que se sedimenta, fortalecendo a ideia de hierarquia e superioridade de uns saberes e de alguns espaços de produção do saber sobre outros. Adotar uma política de recognição, a título de iniciativa, é adotar o despotismo em nome da estratégia de inventividade; é a adaptação a um mundo já construído.

A aproximação com o movimento inventivo da cognição importa neste trabalho por problematizar, como dispositivo cartográfico, a aprendizagem construída entre estudantes e a professora/doutoranda na graduação de Odontologia. Como alerta Kastrup[12], um estudante que se mostra desinteressado pode ser o condutor de outras experiências, pois a propagação dos obstáculos quando há má vontade com o texto escrito, por exemplo, pode propiciar um encontro e mudanças inventivas. Aprender é estar atento às variações e às rápidas ressonâncias que implicam certa desatenção aos esquemas práticos de recognição e se aproximam da concepção de aprendizagem como processo temporal.

Costa e Fonseca[6] auxiliam a pensar no plano coletivo de forças e de formas de ensino em Odontologia quando questionam sobre o campo de experiências possíveis, na atualidade, a fim de que se pense de forma a não mais apagar o passado na direção de um futuro ou a valorizá-lo engessado como tradição, ao voltar para ele sem receio de profaná-lo. Para desnaturalizar os fazeres, saberes e existires, importa deslocar aquilo que é invisível, por ser mais próximo e menor, ainda que extremamente abrangente. Estamos nos recriando a todo o instante e, para mergulhar nesse tempo intensivo e diverso, requer-se abrir o campo de possibilidades, conforme os autores. Como subjetivar, então, *o ato de cuidar* sem cairmos nos discursos esvaziados pelas práticas de ensino cristalizadas e distanciadas dos fluxos do presente?

O seguinte problema em forma de pergunta instiga à pesquisa-intervenção: como conectar, com quem está ingressando na Odontologia, os estudos das políticas da saúde, suas teorias e práticas, e a subjetivação do cuidado?

O presente trabalho de intervenção na formação objetivou, pelo uso dos diários: propiciar a escrita para atenção-a-si próprios em meio ao processo de

distintas, em relação de reciprocidade constante. A individuação é um processo por meio do qual ocorre a constituição de formas individuadas de indivíduos físicos, orgânicos, psíquicos e sociais. Todo ser individuado (um indivíduo, um grupo social ou transindividual) permanece com uma carga pré-individual que pode ser ativada a qualquer momento, o que os torna seres sempre inacabados e em permanente processo de individuação.

[(d)] Para Michel [(9)], as tecnologias do eu tomam a forma de elaboração de certas técnicas para a conduta da relação da pessoa consigo mesma, por exemplo, ao exigir que a pessoa se relacione consigo mesma epistemologicamente (conheça a si mesmo), despoticamente (controle a si mesmo) ou de outras formas (cuide de si mesmo) – elas podem ser corporificadas em práticas técnicas particulares (diários e discussões de grupo).

[(e)] Gilles[10] afirma que, no virtual, a diferença e a repetição fundam o movimento da atualização, da diferenciação como criação, substituindo, assim, a identidade e a semelhança do possível. A representação crucifica a *diferença*, em que só pode ser pensado como diferente o que é idêntico, semelhante, análogo e oposto. É em relação a uma identidade percebida, a uma analogia julgada, a uma oposição imaginada, a uma similitude percebida, que a diferença se torna objeto de representação.

aprendizagem; ampliar a comunicação pelas escritas e leituras (escrileituras) entre professora e estudantes; analisar a atenção aos temas humanos, sociais e de saúde pelo inesperado/esperado interesse por essas questões conectadas durante a disciplina de Saúde e Sociedade.

A cartografia

A cartografia, como intervenção na formação, trata de investigar um processo de produção de conhecimento e de subjetividade. Escolheu-se cartografar seguindo as pistas propostas por Passos e Barros[13] para conhecer e transformar, pelos processos indissociáveis de teoria e prática, que, em seu entrelaçamento, constituem sujeito e objeto da pesquisa.

Este artigo integra um trabalho cartográfico criado nas condições de Doutoranda/Professora Substituta, com 44 discentes (31 alunas e 13 alunos) ingressos na FO/UFRGS em 2009, durante um semestre letivo, na disciplina curricular de Saúde e Sociedade. Os estudantes foram informados e esclarecidos que a escrita dos diários iniciava esse processo cartográfico. A prática trabalhada se manteve durante um semestre letivo de forma descontínua, mas regular, pelo envio em forma de e-mail, sem a imposição de uma frequência efetivamente diária.

As escrituras foram realizadas pelos estudantes como tarefa correspondente às avaliações, sendo que a participação foi considerada relevante como critério. Somou-se um total de duzentos e setenta diários, dentre os quais 216 de alunas e 54 de alunos, variando entre um e, no máximo, 14 por estudante. O uso do diário como ferramenta para a cartografia facilitou o acolhimento do que estava para ser vivenciado no ambiente universitário no que tange à aprendizagem. A escrita nesse gênero textual veio integrar o que pode parecer desfocado, pelo entrelaçamento inevitável das motivações, do interesse para escrever tanto sobre as questões de conteúdo programado pelas disciplinas introdutórias quanto sobre as ações no território existencial do tempo atual/virtual/real do presente.

O escrever em forma de diário é um dispositivo que se alia aos processos de criação. O escrever é um ato inseparável do devir, como algo sempre inacabado e em via de se fazer, como passagem de vida que extravasa qualquer matéria vivida em processo; é produção de subjetividade[14]. A escrita em forma de diário é um recurso que instiga e prolonga as afetações[(f)], ao dar visibilidade às alegrias e tristezas produzidas nos encontros nesse território de aprendizagem entre pessoas e material de estudo. Algumas concorrem para modular o próprio problema, tornando-o mais concreto e bem colocado, sendo especialmente interessantes quando o expõem e o forçam a pensar[12].

O Diário dos Momentos, assim denominado por Hess[15], pode servir a diferentes esferas da vida social e, apesar de ser uma escrita pessoal, pode se transformar em uma escrita coletiva de análise de determinada situação ou problema. Em um diário se aceita a espontaneidade e, eventualmente, a força do sentimento, a parcialidade de um julgamento e a falta de distanciamento. Esses registros operam sobre dois eixos: duração e intensidade, podendo vir a adquirir uma dimensão histórica.

A releitura, para Hess[15], é o passo estratégico do uso do diário, visto que é na tomada de distância que se compõem novas abordagens reflexivas ao aliarem prática e teoria. É na releitura que o método pode tornar-se coletivo, em um processo ativo de compreensão, e não de recusa às contradições postas à vista. O diário serve como ferramenta, ao dar visibilidade a esses movimentos de

[(f)]Afetação é a subjetivação que se faz por dobra, isto é: o afeto de si para consigo ou a força dobrada. Abrir-se para a diferença implica se deixar afetar pelas forças de seu tempo, uma vez que as pessoas são permanentemente atravessadas pelo outro, pelos abalos, pelas rupturas, pelo devir. Os modos de subjetivação são meios pelos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação aos discursos de verdade, por meio de práticas do *self*, em nome de sua própria saúde, de sua família, de alguma coletividade ou mesmo de uma população[11].

aproximação e distanciamento, seja no momento de releitura das anotações e da escrita, seja ao se refazer o passado no presente.

Nessas condições, não se trata de transmitir mensagens, de investir em imagem identitária, mas de catalisar operadores existenciais suscetíveis de adquirir consistência e persistência, como esclarece[16(g)]. O diário tem o potencial de caracterizar-se como dispositivo que explicita as linhas de força e de tensão, o texto, o contexto e o extratexto de uma dada situação social que, ao ser exposta, afeta e se deixa afetar, produz e transforma a realidade. Trata-se de forças do presente que, ao imprimirem um movimento de problematização às antigas formas, colocam a cognição na rota da experimentação[12].

A posição paradoxal do cartógrafo corresponde à possibilidade de habitar a experiência sem estar amarrado a determinado ponto de vista e sem anular a observação. Se há a recusa de responder prontamente e de forma estereotipada à experiência e à não-identificação com ela, o eu identitário enfraquece e dá lugar à liberdade de ação. Assim se está mais perto de acolher o outro e as variações da experiência[17].

A análise das implicações coletivas é o trabalho de quebra das formas instituídas que dão expressão ao processo de institucionalização [(13)]. Nos estágios supervisionados da Odontologia da UFRGS, o diário de campo foi adotado como ferramenta de acompanhamento do estudante para descrever suas experiências, observações e percepções. As reflexões dos estudantes têm contribuído tanto para a formação de profissionais quanto para uma aproximação da academia aos serviços de saúde[18].

A cartografia, pelas ferramentas que a tornam dispositivo, possibilita a percepção das afetações circulantes entre os encontros que se produzem para o cuidado em saúde, como uma produção social no cenário da micropolítica e das práticas de saúde. Também como produção subjetiva, expressa a força desejante de cada estudante/professor/profissional/usuário[19]. Há um coletivo se fazendo com a pesquisa, e é acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção de conhecimento) que, diante de um caso, pode-se ter como procedimento narrativo a desmontagem. O caso que se pretende desmontar, pela análise dos diários e das anotações da professora, visa extrair a agitação de microcasos, como microlutas nele trazidas à cena. O caso individual é a ocasião para o formigamento de mil casos ou intralutas que revelam a espessura política da realidade contextualizada, segundo Passos e Barros[13].

Resultados e discussão

A escrita do diário viabiliza o diálogo, apesar de ser um trabalho introspectivo e pessoal, que perpassa a expectativa dos estudantes relativa à confirmação de recebimento e de leitura, pela professora, em resposta às suas mensagens individuais enviadas por e-mail. As linhas, que se cruzaram nesse tempo e espaço de subjetivação, enquanto elementos de agenciamento maquínico e de enunciação, configuram o mapa existencial das forças de saber e de poder experimentados no plano de consistência do ensino, do estudo da saúde e da sociedade. Essas linhas estão apresentadas de forma a dar visibilidade e enunciação às afetações que se encontram presentes, entre outras aparentemente desfocadas, no cotidiano universitário.

Linha *como ensinar*: nas anotações da professora, a preocupação com os modos de provocar o interesse dos estudantes para com as questões

[(g)] A função dos agenciamentos de enunciação consiste na utilização de cadeias de discursividade para estabelecer um sistema de repetição, de insistência intensiva, polarizado entre um território existencial territorializado e o universo incorporal desterritorializado, não discursivo. O agenciamento maquínico de subjetivação aglomera essas diferentes enunciações parciais e tem, ao mesmo tempo, um caráter coletivo de enunciação e de visibilidade. O coletivo aqui deve ser entendido não somente no sentido de agrupamento social, pois implica igualmente a entrada de diversas coleções de objetos técnicos, de fluxos materiais e energéticos, de entidades incorporais. A junção entre expressão e conteúdo se constrói como ponte, uma transversalidade entre agenciamento de enunciação e agenciamento maquínico de subjetivação. É nessa zona de interseção que o sujeito e o objeto se fundem e encontram seu fundamento[16].

epidemiológicas, sociais e humanas são constantes. O silêncio, a desatenção e o menor interesse trazem inquietações aos professores da saúde coletiva. As causas do desinteresse podem ser explicadas pelas representações sociais[20] da profissão do cirurgião-dentista – habituado a trabalhar isolado e centrado nas técnicas restritivas que caracterizam a clínica odontológica –, assim como pela despolitização, pela inércia, pela dispersão da atenção, pela omissão, pelo costume de não participar (em decorrência da formação anterior), pela vergonha da exposição para não correr riscos de julgamento, ou, simplesmente, por niilismo.

No entanto, encarar essa postura resistente como dispositivo de transformação de práticas é estratégico, por ativar a cognição-inventiva[12] e forçar a aprendizagem do professor, ao incentivar a enunciação escrita do que se mostra em constante variação. A invenção implica tateamentos, experimentação com a matéria e a imprevisibilidade.

Entre as anotações, estão enfatizados os tensionamentos que coexistem com as aberturas para a transversalização do ensino[16]. Os professores, estudantes e profissionais dos serviços enfrentam conflitos resultantes da aproximação do ensino com as instituições públicas de saúde. Entre encontros e desencontros, emerge um esforço individual/coletivo para a criação de mudanças, que podem ser compartilhadas ao serem experimentadas no cruzamento das várias forças envolvidas.

Linha *atenção ao estudo e aprendizagem*: no acompanhamento das experiências, outros problemas exigem tratamento em separado, não apenas por interromper o ritmo planejado, mas por deixar-se afetar pela agitação do caso trazido à cena[21]. São frequentes as reclamações de cansaço, de falta de atenção, organização e tempo para aprender no enfrentamento das múltiplas tarefas exigidas e provas acumuladas. Pela releitura dos diários e pela observação coletiva da dificuldade de concentração para estudar, reservou-se espaço e tempo para trabalhar algumas estratégias e exercícios de controle do cansaço e da dispersão, auxiliar o agendamento e a escolha da pauta prioritária e diária.

Uma prova estruturada com direito à consulta e elaborada para forçar o pensamento sobre saúde coletiva foi motivo de registro por uma estudante:

> "Esta semana foi a mais cansativa até agora dos meus dias na faculdade, porque eu não consegui estudar muito bem no fim de semana, ficou tudo acumulado, quatro provas com bastante conteúdo, mas acho que passei também em todas, não como eu queria, mas pelo menos não peguei mais recuperação. A prova de Saúde e Sociedade eu achei bastante cansativa, além de que eu já estava muito cansada, quando a professora entregou a prova eu jurei que iria acabar entregando tudo em branco, eu estava mal, nem sei como consegui fazer a maioria, mesmo assim deixei três em branco, uma não consegui achar a resposta, outra não entendi de jeito nenhum, não conseguia me concentrar".

A dificuldade de atenção reclamada pelos estudantes e o processo avaliativo fundamentado na memorização modulam o plano de composição ou de imanência que expõe veios que devem ser seguidos por oferecerem resistência à ação humana[21].

Linha *interesse pelas políticas públicas*: a problematização sobre as desigualdades sociais tomou intensidade em aula com os questionamentos sobre o Programa Bolsa Família – política pública focalizada na superação da desigualdade e da exclusão. Cabe ao professor habitar a experiência sem estar amarrado a posições radicais de pensamento, para dar lugar à liberdade de expressão[17]. Sob o ponto de vista de alguns estudantes, essa política pode trazer dependência, diminuir a iniciativa dos mais desfavorecidos e transformar os indivíduos em parasitas sociais. A ênfase na autonomia e na melhoria das condições básicas da população visadas pelas biopolíticas foi conectada ao assistencialismo, então criticado e percebido com desconfiança pelos estudantes. A reatividade às biopolíticas foi enunciada por uma estudante:

> "Bom, decidi começar o meu diário dessa semana falando sobre a minha última aula de Saúde e Sociedade. Tivemos discussões bem acaloradas sobre as biopolíticas e sua influência

> na saúde. Eu me alterei ao me posicionar, talvez tenha sido um erro, porém sempre fui assim quando se trata da minha opinião, sou muito convicta nas minhas ideias. No geral, foi interessante escutar os outros lados da questão social na saúde e seu impacto em nossas vidas. Conversas construtivas sempre são bem-vindas. E, por fim, a família vai bem e a vida também".

O processo de individuação não conduz a uma totalização, mas persiste no indivíduo. Tratar a cognição como portadora de uma diferença de potencial introduz a complexidade no plano das condições do ser[22]. Os escritos chamam a atenção para os diferentes modos de subjetivar, mostram a forma desigual e diversa dos estudantes de interpretarem e (re)agirem às estratégias de aprendizagem trabalhadas e aos temas problematizados. A seguinte abordagem dos problemas brasileiros denota reflexão, individuação e implicação política com o bem comum:

> "Não sei se entra nos temas propostos deste diário, espero que sim, mas não posso deixar de manifestar minha revolta com a escolha do Brasil para sediar as olimpíadas de 2016. Simplesmente não entendo como todo mundo fica feliz com isso. Será que as pessoas não se dão conta de que o nosso país não tem estrutura para tanto? O dinheiro que será investido nas obras para suportar tal evento deveria era ser investido na educação, na saúde, em tudo o que falta no Brasil e que não é melhorado. Sei que o país recebe verbas da comissão olímpica e tudo o mais, mas certamente terá de investir além, usar do dinheiro que poderia estar sendo útil para uma melhora. Enquanto isso, Madrid já tinha 70, 80% das suas obras prontas para sediar as olimpíadas de 2016, resta esperar ser escolhida para as de 2020. [...] Para terminar, ilustro minha revolta com um trecho de um texto que li, de Danilo Gentili: 'Meus pais pareciam chatos e duros quando eu era criança. Mas, quando eu cresci, vi que eles tinham razão. Eles só me deixavam comer a sobremesa se antes comesse todo o arroz com feijão. Isso garantiu meu crescimento saudável'. Eu estaria muito feliz com as Olimpíadas no Brasil se antes disso esse mesmo Brasil tivesse uma justa distribuição de renda, ensino e saúde de qualidade e se a cidade sede das Olimpíadas não fosse também a cidade sede de tanta família desfeita por drogas, morte violenta e fonte de hipocrisia e corrupção aliada ao tráfico de drogas. Como eu cresceria se comesse a sobremesa sem comer antes os legumes? Banguelo, anêmico, com déficit de vitaminas e achando que posso fazer qualquer coisa quando na verdade não passo de um tremendo idiota. É a mais pura verdade. Simplesmente o Brasil não está preparado: está fraco e ficará banguelo, anêmico e com déficit de vitaminas".

Linha *afirmação como cotistas*: as relações entre cotistas e não-cotistas foram conversadas após uma encenação de teatro-fórum[23] por estudantes da UFRGS. A atividade foi desenvolvida por bolsistas do Programa Conexões de Saberes, que visa dar apoio à permanência e à qualificação da formação de estudantes de origem popular, potencializando suas experiências e culturas no diálogo com as comunidades populares. No diário, surgem outras manifestações de oposição e ambivalências:

> "Na aula passada, recebemos algumas pessoas que participam de um grupo que se autodenomina cotista, devido à sua situação econômica, que foram expor suas ideias sobre a dificuldade de sua permanência dentro da universidade. Concordo plenamente com essa parte da questão. Deve ser muito difícil para aqueles que não têm condições financeiras se manterem na universidade, pois, apesar de ela ser pública, ela exige que tenhamos certos materiais, como no caso de uma das meninas do grupo que disse que precisava de uma câmera fotográfica de quase mil reais para uma determinada cadeira, mas que não podia comprar. Mas eu não concordo com as cotas. Não acho certo pessoas que não se prepararam tanto quanto aquelas que passaram no vestibular por acesso universal passem na frente daqueles que teriam entrado na universidade. Tenho muitos amigos que são

> cotistas e são do mesmo nível econômico que eu e que tiveram um ensino tão bom quanto o meu, mesmo em escola pública, e que tiveram mais facilidade para entrar na universidade porque não cursaram uma escola particular".

A problematização em forma de fórum sobre a desigualdade entre os estudantes é exercício democrático, aumenta a comunicação e colabora com a transversalização do ensino. Ao ser enunciada, pode produzir afetações ao dar visibilidade ao racismo, à xenofobia, ao autoritarismo e ao desencontro/encontro com as diferenças culturais, crenças religiosas e classes sociais. O trabalho colabora com a transversalidade[16], nesse caso, por trazer estudantes de outras faculdades da UFRGS para discutir essas questões de profunda natureza política.

As oposições foram menos expostas durante a encenação e mais enunciadas nos diários. Essas críticas *silenciosas* foram justificadas por serem consideradas *politicamente incorretas*, se discutidas presencialmente entre os colegas. As manifestações contrárias e a favor da política de cotas sociais e raciais, como as identificações de pobreza e de raça quando autoafirmadas, podem trazer desconforto pela exposição da desigualdade social. A seguinte escritura afirma a condição de pobreza e a perturbação gerada pela sua discriminação:

> "Gostaria de manifestar minha opinião referente à nossa aula de Saúde e Sociedade da quarta-feira à noite, onde o grupo do Conexões Afirmativas foi se apresentar e conversar conosco. Achei muito legal a interação deles e a intenção do projeto também, só senti um pouco de autoexclusão por parte deles. Eu sou cotista e não sinto necessidade de ficar me autoafirmando como tal, muito menos como pobre, mas não tenho problema nenhum quanto a isso, vergonha nenhuma de dizer que sou cotista. Abraço".

Deve-se intervir com as estratégias de comunicação, de emergências e de desvanecimentos - que configuram a microfísica - nessa relação turbulenta de forças, pelos meios de se relacionar consigo, com o outro e com a sociedade[24]. Importa, então, abrir o grau do coeficiente de comunicação ou transversalidade para intensificar a singularização como invenção da própria vida, para a democratização na luta contra os dogmatismos sempre renascentes que favorecem os retrocessos institucionais.

Linha *conversas com a professora sobre trabalho em grupo*: entre os seminários interdisciplinares planejados para serem apresentados quinzenalmente, foi proposta a inclusão de mais um encontro para cada grupo de onze estudantes. Encontro para uma roda de conversa sobre o relacionamento entre os participantes do grupo, sobre a vivência e o modo como foram afetados pelo trabalho coletivo que estavam realizando e compartilhando. A seguinte escritura fala de um desses encontros:

> "Professora, eu sou do grupo do seminário que apresentou semana passada e estava presente na conversa de hoje na sala 401. Sinceramente achei muito legal a sua iniciativa de vir conversar conosco, foi uma conversa bem agradável e pudemos dar nossas opiniões e ouvir o que os outros pensam. Acredito que tenha sido interessante pelo fato de ser um grupo pequeno, assim me senti à vontade de expor minhas ideias. É claro que nem todos têm a mesma opinião que eu, alguns até nem 'abriram a boca', como a senhora deve ter percebido. Sinceramente eu gostaria que as aulas fossem assim também, mas isso não depende da senhora, as pessoas infelizmente não se interessam ou demoram a perceber que de tudo podemos aprender um pouco (inclusive eu mesma pensava em não ir à conversa de hoje). Bom, eu só queria mesmo dizer que foi muito legal, gostei de verdade. Beijos".

A conversa sobre os confrontos no trabalho em grupo provoca *o pensar* sobre as próprias limitações, potencialidades, expectativas, e sobre as dos colegas. O momento da escrita, além da busca pela verdade, cria possibilidades de fazer diferente em uma estratégica ação para o cuidado-de-si, por dobrar-se sobre si frente ao que acontece na faculdade e fora dela. Não se trata de subjetivismo ou

psicologismo, porque coloca o problema em termos de forças, pelo uso das tecnologias do eu, como técnicas da relação da pessoa consigo mesma, com o outro e com a sociedade[9].

Linha *visitas à Unidade Básica de Saúde (UBS)*: nesse *plano de imanência*, acontecem encontros planejados e espontâneos vivenciados individual e coletivamente. Pela implicação que as vivências podem produzir, tomam maior consistência quando enunciadas pela escrita[13]. A seguinte escritura de um estudante expressa entusiasmo:

> "Nesta semana, voltando para casa, encontrei uma mulher. Ela não conseguia abrir o portão que dava acesso à Faculdade de Enfermagem, então passei meu cartão para ela conseguir ir até lá. Começamos a conversar e eu lhe perguntei qual era a sua profissão, e daí ela me respondeu que era dentista. [...] Conversamos sobre a profissão durante uns 15 minutos e foi muito agradável. Na sexta, fomos à aula, e à tarde fomos procurar um posto de saúde e fazer a entrevista. Fiquei muito surpreso, pois a dentista do posto era aquela senhora que eu encontrei na faculdade. Ela foi extremamente simpática e atenciosa conosco. Nos respondeu todas as questões com muito empenho e nos mostrou as instalações do posto, e nos apresentou também o responsável pelo posto. Fiquei encantado com o posto, que possui uma infraestrutura ótima. A dentista nos convidou para ir com ela às escolas ajudá-la nas escovações. Ganhamos o dia".

Potencializar o desejo de trabalhar e de gostar do que se faz é questão política, e não apenas de preferência, descaso e juízo. O cuidado em saúde, nas condições atuais de precariedade nas relações de trabalho, merece aprofundamento e estudo entre os estudantes, para ampliar a perspectiva de sorte ou privilégio e para o agenciamento da saúde como bem comum. O conhecimento se faz nesse plano coletivo em que as linhas de forças e de subjetivação podem inventar modos de existir[4].

> "Fazendo uma breve comparação individual entre a UBS que visitei no meu bairro e a UBS que foi visitada por meu grupo posteriormente, percebo que há muitas diferenças entre os postos de saúde, variando em tamanho, qualidade, infraestrutura e vários outros itens. No primeiro senti o entusiasmo da pessoa que nos atendeu, falando empolgadamente do SUS e de seis projetos para a melhoração do atendimento no posto. Já no segundo, não pude observar essa iniciativa, pois a dentista me pareceu pouco animada e até conformada com a situação de precariedade. Se eu tivesse o privilégio de trabalhar no primeiro, me sentiria muito feliz, enquanto do segundo não posso dizer o mesmo".

Linha *alegria pelo contato com os escolares, com a rede pública de saúde e o desapontamento pelas oportunidades perdidas*: alguns estudantes expressam entusiasmo e, em consequência, se mostram desapontados e frustrados quando as possibilidades de maior envolvimento participativo se desfazem e não se concretizam, como a expectativa narrada:

> "O dia mais legal dessa semana foi hoje, pois fomos visitar o posto perto do Hospital de Clínicas. [...] Perguntamos, então, se havia dentista na Unidade e nos informaram que havia e que se ele estivesse disponível poderíamos conversar com ele. Por sorte, depois de esperar alguns minutos, conseguimos conversar com a dentista, a única que trabalha no posto. [...] Ela nos levou para visitar e conhecer o posto, que apresenta uma ótima estrutura, comparado aos que conheço. Nos falou também do trabalho que realiza na unidade e nos convidou para irmos com ela daqui a alguns dias fazer uma visita a uma escola, em que poderemos fazer uma palestra, teatro e outras atividades para as crianças. Será realizada a aplicação de flúor e noções de higiene oral. Eu adorei a ideia e estou esperando pelo contato dela. Ela também nos indicou para visitar um posto de saúde que, segundo ela, possui diversas áreas especializadas da odontologia – pretendemos visitá-lo na próxima

quarta-feira. Também nos convidou para assistirmos a atendimentos que ela realiza, se quisermos, e estou bastante interessada".

Os encontros entre ensino/serviço/escola intensificam a experimentação e a aprendizagem. O (des)conhecimento especializado dos estudantes instiga a busca de informações no processo de *aprender-ensinando* no trabalho com as crianças, adolescentes e adultos, que esperam dos jovens universitários momentos de maior entendimento e de atenção à saúde bucal. Momentos em que a aprendizagem pode ganhar tempo e espaço pela *intuição* enquanto *duração* [12]. A escrita de uma estudante dimensiona a alegria da criação em uma experiência:

> "A escola foi uma experiência divina. As crianças tinham média de idade de 10 anos, era 4ª série. Elas teriam educação física naquela tarde e deixaram a aula tão esperada sem reclamar para que nós pudéssemos conversar. [...] Dividimos a turma em sete grupos e cada ficou com um pequeno grupo. [...] Tivemos que propor atividades para as crianças e foi algo bastante diferente. Cada um de nós era responsável por explicar um tema que eles haviam pedido na primeira visita: doces, cárie, trauma, implante, escovação, fio dental e flúor, doenças da gengiva. [...] Me senti muito bem naquele dia, muito útil. [...] Me empenho nisso porque sei que essas experiências são únicas e bastante enriquecedoras para mim".

Acolher e afirmar a multiplicidade e a singularidade nos desdobramentos dos encontros produtores de afetações que marcam os estudantes, de forma a plantar ações que abram o tempo para o inventivo, é trabalho do cartógrafo. A autonomia do estudante e o trabalho coletivo podem ser intensificados nessas aproximações com a rede pública de ensino e saúde, a partir de novas conexões entre os fragmentos da atualidade no virtual engendrado na experiência real[11]. A observação da atenção-a-si e ao coletivo é trabalho de escrita de uma estudante:

> "Também achei muito interessante ir ao posto de saúde, por ser um ensaio do nosso futuro e também dos vínculos que se criam numa atividade em grupo dessas. Para mim não foi novidade o posto, até porque em minha vida inteira tive o atendimento público. Mesmo assim foi muito boa a experiência. Outra atividade muito legal foi a visita ao colégio, com a matéria de Introdução à Odontologia. Lá conhecemos as crianças da quarta série, passamos um pouquinho de nosso conhecimento, e como é bom isso, também aprendemos com eles. Vimos como éramos bobinhos em relação a eles quando tínhamos suas idades. É claro que o fator social também conta muito; a maioria dessas crianças certamente já passou por situações difíceis em suas vidas. Me chamou a atenção um menino, posso estar errada, mas é a criança que precisa de atenção especial e é caçoada e desvalorizada pelos outros e até pela professora. É uma pena, mas o ensino público deveria ter uma questão mais forte em relação à psicologia infantil; isso refletirá negativamente no futuro desse menino".

Linha *atenção com o usuário, estudante e profissional da saúde*: a escrita visibiliza o que ainda está inacabado e em via de se fazer, em devir[14]. A implicação dos profissionais, professores e estudantes, a partir das observações sobre as contradições entre o que é ensinado na faculdade, os outros saberes, e o que acontece no cotidiano dos diferentes tempos/espaços da saúde e da educação, dá visibilidade ao que pode ser mudado nesses trabalhos. Um estudante busca na memória o que lhe afeta, trazendo o que está sendo ensinado e o que pensa ser um encontro clínico:

> "Alguns colegas meus comentaram que já haviam observado conhecidos seus de semestres mais adiantados e achavam que eles não davam a atenção necessária, não conheciam de verdade seus pacientes. Já outros colegas opinaram que acham que isso depende de cada profissional: alguns são daqueles que se interessam, outros são daqueles que consideram seus pacientes apenas uma boca. Já eu acho que realmente depende do profissional a

> capacidade de interagir com o paciente. Tem aqueles que têm mais facilidade de começar uma conversa e aqueles que têm dificuldade. Mas acho imprescindível que haja um diálogo entre ambos, que se conheça quem se está atendendo. Claro, ainda não atendi ninguém, mas refleti sobre como eu gosto quando minha dentista se preocupa em perguntar sobre a minha vida, me ouvir. E acho que aqueles que não sabem se comunicar bem devem superar essa questão pessoal e pensar no outro como uma pessoa com sentimentos, e não só com uma boca problemática".

Pela releitura dos diários, pode-se observar que as políticas públicas estão favorecendo o maior acesso ao SUS, a inclusão social e o ingresso na universidade pública pelo sistema de cotas. A inserção da Equipe da Saúde Bucal (ESB) na Estratégia da Saúde da Família (ESF) do SUS, em decorrência das visitações programadas, é visualizada pelas narrativas dos próprios estudantes que se enunciam usuários, o que os implica com o sistema pela aproximação atual e virtual como cuidadores:

> "Deixei para enviar o diário da semana na segunda-feira e não na sexta passada para que eu pudesse incluir a minha visita ao posto de saúde do meu bairro. Eu já conhecia como funciona o atendimento do posto, por ser razoavelmente próximo à minha casa e porque muitas vezes não tive plano de saúde ou condições de pagar um atendimento particular. Já fui várias vezes lá. [...] A dentista já me conhece e sabe que estou fazendo Odontologia na UFRGS. Perguntei a ela se teria como conversar comigo durante rápidos minutos sobre o posto de saúde. Ela foi muito gentil, mas, como era evidente, ela não tinha nenhum minuto sobrando, mas tive uma visão, agora com olhos de quem será um "cuidador", que é muito grande o número de pessoas que procuram o dentista do ESF, que normalmente disponibiliza 16 fichas por dia. [...] Mesmo com todos os problemas pessoais e do local de trabalho, os funcionários do posto são muito simpáticos. Percebi que todos atenderam as pessoas da fila com um sorriso, o que ajuda a minimizar a raiva de quem necessita de um atendimento e não o terá nesta semana. Abraço".

Linha *semana acadêmica e o interesse pela saúde coletiva*: a semana acadêmica (SEMAC) é organizada pelos estudantes e motivo de escrita. O interesse por PET-SAÚDE, estratégia de reorientação curricular para incorporar o discente desde cedo nos serviços de saúde, é enunciado desta forma:

> "Nesta semana participei da semana acadêmica (SEMAC) e, como já relatei, nas atividades em que fui aluna colaboradora com outra colega, dividimos tarefas. Na noite de quinta-feira foram apresentados os temas livres. Foram bem interessantes: alunos apresentando diversos trabalhos de diversas áreas da odontologia e o que mais me interessei foi pelo PET-SAÚDE. Observei que muitos alunos só têm contato com a saúde pública e coletiva no 9° e no 10° semestres, o que me deixou meio preocupada, pois esta é uma das partes que mais me interessa".

As formas de agir e de aprender se tornam atuais e possíveis pelo exercício das tecnologias do cuidado, pela atenção-a-si na escrita dos diários, pela transversalidade das conversas no acontecer dos novos encontros institucionais de ensino e dos serviços de saúde, nas escolas e nas clínicas.

Considerações finais

A experiência narrativa minoritária oportuniza processos de subjetivação mais autônomos e livres, ao desviar-se o ensino da recognição, da transmissão e das avaliações acumulativas de conhecimentos. Importa intensificar-se a aprendizagem pela cognição-inventiva, a fim de não homogeneizar a diversidade de sentidos, sem idealizações, para além e dentro do possível na formação durante o curso.

A atenção à escrileitura permite acompanhar as modulações e as individuações da realidade, que conectam e transversalizam as disciplinas para a integração das áreas básicas, das ciências humanas com a epidemiologia nas práticas de ensino em Odontologia. A análise dos escritos leva a considerar que: 1) os estudantes e a professora exercitam a mudança de modos de olhar e de pensar, ao organizarem sentidos no contato com a desigualdade e a realidade atualizada pelas vivências; 2) as releituras singularizam e instigam a aprendizagem dos professores pela implicação com a docência, com a clínica, com a pesquisa e com a saúde coletiva pela subjetivação do cuidado; 3) os diários aumentam a comunicabilidade e a atenção-a-si, potencializando a aprendizagem; 4) o interesse pela saúde coletiva tem expressão e requer ser agenciado entre estudantes e professores na continuidade do curso; 5) o dispositivo cartográfico abre outras possibilidades pelo maior envolvimento do ensino de graduação com a pós-graduação; 6) a conexão ensino/cuidado/saúde constitui desafio permanente aos servidores da saúde, professores e estudantes, no sentido da produção de conhecimento pelo trabalho individual/coletivo e singular em saúde.

Colaboradores

Eliane Maria Teixeira Leite Flores responsabilizou-se pela análise cartográfica e pela escrita do artigo; Diogo Onofre Gomes de Souza responsabilizou-se pela orientação da doutoranda e revisão do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem os apoios institucionais dispensados para a concretização dessa tese: à Capes pela bolsa de doutorado e à direção da faculdade de Odontologia da UFRGS, estudantes, professores e servidores da rede municipal de saúde de Porto Alegre, RS.

Referências

1. Flores ETL. Uma cartografia do cuidado em saúde bucal na formação acadêmica em odontologia. Porto Alegre. Tese [Doutorado] - Instituto de Bioquímica, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

2. Barros MB. Desafios ético-políticos para a transformação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2006. p.131-50.

3. Lucietto, DA. A formação em Odontologia e o SUS: perspectivas dos docentes. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.

4. Escóssia L, Tedesco S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Escossia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. Pista 5, p.92-108.

5. Deleuze G, Parnet C. Diálogos. São Paulo: Escuta; 1998.

6. Costa LA, Fonseca TMG. Do contemporâneo na história do presente. Arq. Bras. Psicol. 2007; 59(2):112-8.

7. Foucault M. A microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

8. Simondon G. L'individualiation psychique et colletive. Paris: Aubier; 1989.

9. Foucault M. História da sexualidade: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

10. Deleuze G. Diferença e repetição. 2.ed. São Paulo: Graal; 2006a.

11. Deleuze G. Bergsonismo. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2008.

12. Kastrup V. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. In: Kastrup V, Tedesco, S, Passos E, organizadores. Políticas de cognição. Porto Alegre: Sulina; 2008. p.156-72.

13. Passos E, Barros R. Por uma política da narratividade. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método cartográfico. Porto Alegre: Sulina; 2009. Pista 8, p.150-71.

14. Deleuze G. Crítica e clínica. São Paulo: Ed. 34; 1997.

15. Hess R. Momento do diário e diário dos momentos. In: Hess R, organizador. Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si. Porto Alegre: EDIPURS; 2006. p.89-104.

16. Guattari F. Caosmose. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2006.

17. Passos E, Eirado A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método cartográfico. Porto Alegre: Sulina; 2009. Pista 6, p.109-30.

18. Toassi RFC, Davoglio R, Lemos VMA. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em Odontologia. Educ. Rev. 2012; 28(4):223-42.

19. Franco TB. A produção subjetiva do cuidado. In: Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC, organizadores. Cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2009. p.13.

20. Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. Cienc. Saude Colet. 2008; 13(2):523-31.

21. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina; 2009. Pista 2, p.32-51.

22. Kastrup V. A invenção de si e do mundo. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.

23. Boal A. Jogos para atores e não atores. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2004.

24. Deleuze G. Foucault. São Paulo: Brasiliense; 2006b.

A desnaturalização de práticas de ensino tradicionais e a subjetivação do cuidado na formação conectam a Odontologia às ciências humanas e sociais ao transversalizar o conhecimento pela problematização das políticas públicas. O potencial intervencionista do diário o torna importante ferramenta de pesquisa pelas narrativas de experiências. A escrita intensifica a cognição-inventiva ao dar visibilidade e enunciação a alguns pontos estratégicos de aprendizagem que produzem afetações nos encontros do cotidiano acadêmico. As releituras dos diários potencializam o ensino/aprendizagem pela análise de implicação dos estudantes e professores com a clínica, a sociedade e a produção de subjetividade da saúde como um bem comum. As narrativas enunciam o interesse dos estudantes de participar do trabalho nos serviços públicos de saúde, que utilizam comumente como usuários. A cartografia produz conhecimento ao conectar o ensino de graduação com a pós-graduação.

Palavras-chave: Diários. Cartografia. Ensino. Odontologia.

Using the diary as device cartographic in graduation of Dentistry

The denaturalization of traditional teaching practices and the production of health care subjectivity in dentistry training connect both to the social sciences and the humanities, traversing the knowledge by identifying problems regarding public policies. The potentially interventional diary makes it an important research tool due to its experience reports. The diary writing intensifies the inventive-cognition by visualizing and enunciating the learning strategic points, which produce affects in everyday meetings. The readings of the student's diaries by the teacher intensifies the teaching/learning process by using implication analyses with the clinic, the society and the production of subjectivity health as a social common good. The narratives enunciate the students' interest in participating in public health services both as collaborators and as users. Cartography produces knowledge while connecting the teaching of graduation with post graduation.

Keywords: Diaries. Cartography. Teaching. Dentistry.

El uso del diario como dispositivo cartográfico en la formación en Odontología

La desnaturalización de prácticas de enseñanza tradicionales y la subjetivación del cuidado en la formación vinculan la Odontología a las ciencias humanas y sociales al colocar de forma transversal el conocimiento por la problematización de las políticas públicas. El potencial intervencionista del diario lo convierte en importante herramienta de investigación por las narraciones de experiencia. La escritura intensifica la cognición inventiva al dar visibilidad y enunciado a algunos puntos estratégicos de aprendizaje que producen afectaciones en los encuentros del cotidiano académico. Las relecturas de los diarios potencian la enseñanza/aprendizaje por el análisis de implicación de los estudiantes y profesores con la clínica, la sociedad y la producción de subjetividad de la salud como un bien común. Las narrativas enuncian el interés de los estudiantes en participar del trabajo en los servicios públicos de salud que utilizan, por lo general como usuarios. La cartografía produce conocimiento al conectar la enseñanza de graduación con el postgrado.

Palabras clave: Diarios. Cartografía. Enseñanza. Odontología.

Recebido em 31/10/12. Aprovado em 24/04/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0817

Rios IC, Schraiber LB. **Humanização e Humanidades em Medicina**. São Paulo: Editora Unesp; 2012.

André Mota[a]

O trabalho empreendido por Izabel Cristina Rios e Lilia Blima Schraiber nesse *Humanização e humanidades em medicina* (Unesp, 2012) é a expressão pragmática e objetiva da reflexão sobre a atual formação dos médicos, desde os bancos escolares, quando se encontram o estudante de medicina e seu professor, até um novo encontro em outra cena: ainda como aprendizado, mas, agora, da experiência clínica adquirida em unidades hospitalares e de saúde, pela relação entre o professor-médico e seu estudante-aprendiz.

Esse estudo estrutura-se pela atualização dos conhecimentos em torno do que se entende, no mundo contemporâneo, por *humanização* e *humanidades* no ensino da Medicina, de um mergulho no cotidiano clínico e no da sala de aula dos agentes envolvidos. Contempla, ainda, os espaços em que o tema se faz presente – ou ausente –, mas não entendido como uma cisão de vozes, e sim pela conversa, e, por isso, por aproximações ou diferenças, exigindo, do leitor, a acuidade de desvendar as entrelinhas das histórias referidas. Finalmente, o livro propõe que se retome um diálogo em que caibam as intersubjetividades como valor formador.

Isso porque esses espaços de comunicação e do que suas linguagens representam entre o intelectual e o prático se mostram como um veio de rio pouco explorado, pois a riqueza das narrativas vivenciadas dá uma visão bastante original dos constituintes elementos curriculares, relacionais e identitários capazes de forjar uma cultura médica universitária nos dias atuais.

Quanto ao processo histórico no qual a profissão médica, a partir do século XIX, conseguiu conquistar autonomia, passando a ser a única atividade no mundo do trabalho capaz de determinar se alguém está doente ou não, quais e como os serviços ao paciente devem ser organizados e apresentados, aqui se discute como as origens sociais da soberania profissional médica converteram a autoridade médica em privilégio social, mostrando que esse caminho não foi linear ou progressivo, mas, ao contrário, eivado de contratempos, sempre ligados a contextos específicos, em momentos históricos bem definidos também nos bancos escolares.

Em meio à exacerbação de uma sociedade centrada na figura do Eu, condição *si ne qua non* para se compreenderem as falas analisadas aqui, ganha singularidade uma outra

[1] Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, 4º andar, Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903. andremota13@gmail.com

identidade, que é a do Eu-médico, simbolizada por imagens espelhadas entre seus próprios iguais, mas, também, pela diferenciação reiterada em todas as cenas formadoras, quando, todos articulados, médicos, professores e alunos, deslizam por experiências que nos levam a uma compreensão mais complexa dos modos e dos tempos que envolvem aquele que ensina e aquele que aprende, num franco desmentido de uma história da medicina supostamente "evolutiva", edificada por tecnologias consideradas neutras e homens considerados iluminados.

Outra reflexão tange à formação dos professores, já que, embora passem ao largo da pedagogia e da didática, os diplomas de pós-graduação, muitas vezes, conferem – "naturalmente" – ao pesquisador um lugar de "professor". Isso revela uma visão distorcida do ensino e do domínio de seus conteúdos – que são conhecimentos de naturezas distintas – e, assim, a persistência da concepção hegemônica "tradicional" de uma pedagogia da transmissão, da prática pedagógica centrada no docente, bem como na aquisição de conhecimentos desvinculados da realidade. O livro mostra que o equívoco deságua num certo "naufrágio da ilusão", pois o sentido de superioridade didático-acadêmica, de um lado, salvaguarda a hierarquia em sua forma de intelecção, mas, por outro, impõe graves limitações às relações mais básicas, ainda dentro das salas de aula e nos primeiros contatos entre o aluno de medicina e os serviços médicos e de saúde.

Por isso, se aproximar dessa atualidade não se reduz a uma experiência estática de um certo tempo presente: "Interrogar a atualidade é questioná-la, como acontecimento na forma de uma problematização". Assim, a saída estratégica é (des)atualizar o presente capturando ações que podem colidir com determinadas experiências – por exemplo, as mais cristalizadas sob o termo "tradição", comuns em relações hierárquicas entre médicos e alunos, em suas construções identitárias e corporativas – para encontrar, ou ao menos tentar encontrar, um espaço capaz de salvaguardá-lo de uma certa crueza que envolve o processo formador do médico. Nesse sentido, ponderam as autoras: "aprender pela dor e pelo medo ainda aparece como forma válida, de cunho iniciático, que remonta às origens míticas e sagradas da profissão".

Por essa visão, vamos sentindo a necessidade de uma nova prática educacional, calcada numa concepção crítica e reflexiva, que articule teoria e prática, que preveja a participação ativa do estudante no processo e cultive relações entre sujeitos, e não mais a sujeição hierarquizada e eminentemente técnica. Aprenderemos, de forma bastante esclarecedora, que a humanização da prática médica pela articulação de campos de conhecimento, como o das ciências humanas, exemplarmente, pode se constituir num polo tecnológico e formador de grande valia, ao se aproximar das disciplinas clínicas ministradas em sala de aula e, igualmente, de sua prática – pontos que, se nunca estiveram separados, mostram-se ainda apenas em potência, no sentido de prover uma melhor relação entre aprender fazendo e fazer aprendendo. E talvez seja esse o primeiro grande desafio para o médico e os dilemas que envolvem a sua formação.

Recebido em 30/09/13. Aprovado em 09/10/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0387

Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional

Interprofessional learning and practive in Family Health Strategy: conditions of possibility for integration of knowledge and interprofessional collaboration

Interprofissionalidade en la Estrategia de Salud de la Familia: condiciones de posibilidad de integración del conocimiento y la colaboración interprofesional

O princípio da interprofissionalidade é critério fundamental que orienta equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família. A ação profissional, no entanto, parece ser marcada por uma lógica caracterizada pela delimitação estreita de territórios de cada categoria, conformando um quadro de disputa entre as lógicas contraditórias da profissionalização e da interprofissionalidade. Esta é compreendida como a síntese de um processo de integração de saberes e de colaboração interprofissional, processos estes mediados pelos afetos.

Considerando haver obstáculos diversos para a efetivação da interprofissionalidade, a pesquisa objetiva compreender a dinâmica das relações interprofissionais na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Famíla, explorando a existência de condições de possibilidade para a construção da interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Trata-se de estudo de caso, de natureza qualitativa, inspirado na Hermenêutica.

O cenário de estudo é um Centro de Saúde da Família, numa capital brasileira. Procedeu-se à recolha das informações no período de março a agosto de 2011, com realização de entrevistas abertas, observação das atividades desenvolvidas pelas equipes, e realização de oficinas de produção de conhecimento, envolvendo: 23 profissionais da ESF, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e residentes de Medicina e de Saúde da Família e Comunidade.

Foram identificadas condições de possibilidades da interprofissionalidade na ESF, sintetizadas em três dimensões: organizacional, coletiva e subjetiva.

Incluem-se, na dimensão organizacional, dispositivos e arranjos institucionais, suportes para as atividades interprofissionais, quais sejam: a estruturação de uma "Rede de Saúde – Escola", transformando todas as unidades de saúde de um município em espaços de ensino, pesquisa e assistência; a "Educação Permanente Interprofissional", que contribua para ultrapassar a lógica da profissionalização ainda hegemônica na formação dos trabalhadores da saúde; bem como a "Abordagem Centrada na Família", em contraposição à tendência de organizar os serviços de saúde com base em interesses corporativos.

A segunda dimensão enfoca aspectos relacionados à organização dos profissionais como grupo de trabalho, ou seja, a organização do coletivo em comunidade de prática, caracterizada pela pactuação de um projeto em comum, engajamento mútuo e repertórios compartilhados. Mesmo tendo sido os profissionais da saúde formados hegemonicamente para a lógica da profissionalização, envolvendo luta por status e reserva de mercado de trabalho, a participação numa equipe da ESF, constituída como comunidade de prática, possibilita a aprendizagem de outros valores, favorecendo a integração de saberes e a colaboração interprofissional, embora não livre de conflitos.

A terceira dimensão privilegia aspectos subjetivos, como a identificação dos profissionais com o modelo assistencial da ESF e o saber lidar com frustrações e a afetividade.

Consideramos ser possível a interprofissionalidade, desde que sejam disponibilizadas condições organizacionais e coletivas, mobilizadoras de aspectos subjetivos dos profissionais. A oferta das condições de possibilidade, no plano organizacional, é indispensável, mas não suficiente para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Sem a mobilização dos afetos, dos desejos e dos micropoderes de cada sujeito, não há interprofissionalidade possível.

Ana Ecilda Lima Ellery
Tese (Doutorado), 2012
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará
ana.ellery@gmail.com

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente. Programa Saúde da Família.

Keywords: Interprofessional relations. Patient care team. Family Health Program.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Equipo de atención al paciente. Programa de Salud de la Familia.

Texto na íntegra disponível em:
http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9201

Recebido em 15/08/13. Aprovado em 22/08/13.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0958

Processo de formação do enfermeiro: a visão de egressos sobre a educação em saúde na Estratégia Saúde da Família

Process of nursing education: the vision of graduates on health education in the Family Health Strategy

Proceso de formación de enfermería: la visión de los graduados en educación para la salud en la Estrategia Salud de la Familia

O presente documento de pesquisa toma como objetivo a análise sobre o processo de formação de egressos do curso de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família de um município do interior de São Paulo em relação às suas práticas de educação em saúde no cuidado ao usuário.

Considera as discussões no campo da formação dos enfermeiros, incluindo as proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais para a concretização da busca que temos pela mudança na formação de profissionais com vistas às propostas do Sistema Único de Saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família uma aposta importante para reorientação do modelo assistencial, e a educação em saúde uma ferramenta imprescindível para autonomia dos sujeitos, a chave para conquistas e avanços na relação usuários-profissionais, refletindo em mudanças nos planos terapêuticos. Os processos de formação de enfermeiros precisam subsidiar novas práticas de educação em saúde; sobretudo no desenvolvimento de tecnologias para as práticas de prevenção e promoção, visando à superação do modelo biomédico.

A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa, por meio da Análise de Conteúdo na modalidade temática para análise documental e os dados coletados por entrevistas semiestruturadas.

A análise permitiu uma reflexão sobre as diferentes organizações curriculares, com suas repercussões na prática dos profissionais enfermeiros na educação em saúde. Há, predominantemente, uma dificuldade para se preparar estes profissionais no campo da promoção à saúde devido à desarticulação das práticas de saúde na maioria dos currículos. O currículo integrado e orientado por competência é o que mais se aproxima de uma educação em saúde dialógica.

Esta pesquisa pretende contribuir para a reflexão sobre os processos de formação, colaborando para a implantação efetiva das Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde, em especial, na enfermagem.

Paula Sales Rodrigues
Dissertação (Mestrado Profissional), 2013
Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, Faculdade de Medicina de Marília
sms.dabmarilia8@gmail.com

Palavras-chave: Educação em Saúde. Educação em Enfermagem. Currículo. Enfermagem.

Keywords: Health Education. Nursing Education. Curriculum. Nursing.

Palabras clave: Educación para la Salud. Educación en Enfermería. Currículum. Enfermería.

Recebido em 30/11/13. Aprovado em 20/01/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0910

O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso

The rebirth of delivery, and what the Brazilian National Health System has to do with this

El renacimiento del parto y el papel del Sistema Único de Salud en ello

O que faz com que um filme seja tão valorizado pelo seu público que este se encarregue coletivamente do seu financiamento, divulgação e distribuição? O documentário *O renascimento do parto* bateu o recorde de *crowdfunding* mais rápido no Brasil: a meta inicial, estimada para sessenta dias, foi alcançada em apenas três, garantindo sua edição final. Divulgado amplamente nas redes sociais desde antes do seu lançamento em agosto de 2013, em outubro já havia sido visto por mais de dez vezes o número médio de espectadores de documentários no Brasil. Nos municípios menores, usuárias organizam campanhas para que o filme chegue até elas. O uso do filme como recurso educativo certamente se multiplicará com seu lançamento no formato DVD, esperado para fevereiro de 2014.

O *Renascimento* vem numa sequencia de fenômenos de mídia produzidos pelos movimentos sociais que lutam por mudanças na assistência ao parto no Brasil. Como o vídeo do parto domiciliar de Sabrina Ferigato[1], visto mais de quatro milhões de vezes, e que motivou desde muitas repercussões na imprensa, e até uma ameaça de processo contra o professor Jorge Kuhn (por ter declarado seu apoio ao parto domiciliar para pacientes selecionadas, prática prevista em vários países desenvolvidos). Esta ameaça, por sua vez, desencadeou dezenas de manifestações de rua em todo o Brasil em apoio ao professor, e ao direito de escolha, pela mulher, do profissional e do local de parto.

O filme mostra que as intervenções que a grande maioria dos profissionais entende como o cotidiano "normal" da assistência (episiotomias e ocitocina não informadas e não consentidas, imobilização deitada de costas com as pernas abertas, negação de acompanhantes e de privacidade, manobra de kristeller, hospitalização obrigatória, imposição da cesárea por motivos fictícios, entre outros), passam a ser descritas pelas usuárias como formas de violência contra as mulheres. Estas novas narrativas causam espanto nos profissionais, como mostra o filme "Violência obstétrica – a voz das brasileiras"[2] (melhor documentário no Seminário Internacional Fazendo Gênero, 2013), que denuncia em detalhes esta realidade, e que foi também feito coletivamente, a partir de uma pesquisa baseada na Internet, com as narrativas das mulheres feitas por elas mesmas, em suas casas[2].

Além de evidenciarem o vigor das novas estéticas, conhecimentos e projetos de saúde gestados coletivamente pelas redes sociais, estes filmes chamam a atenção para uma tendência nas relações médico-paciente nos próximos anos: pode acontecer de as usuárias conhecerem melhor as evidências científicas sobre segurança e efetividade das práticas de saúde que os profissionais. Com o advento da Internet, as usuárias e suas famílias conhecem a realidade de outros países, onde políticas públicas promovem o parto espontâneo e centrado na mulher. Entram em contato com a literatura científica e de direitos

sobre o parto (em linguagem "livre de jargão", dirigida a usuárias), o que leva a um choque cultural frente às crenças dos profissionais de saúde. Ao se apropriarem da informação antes monopolizada pelo médico, as usuárias relativizam a autoridade do profissional, afirmam sua insatisfação com o que é oferecido, reinterpretam sua experiência, denunciam a violência a que se sentem submetidas, e reivindicam seu direito de escolha e recusa informada[3].

O filme mostra que temos um discurso duplo, ambivalente, onde se afirma a superioridade dos desfechos do parto "normal", porém o discurso subjacente, baseado na tocofobia (medo, aversão, nojo do parto), é hegemônico e autoritativo – é o que vale na prática. Não há discurso oficial, no setor público ou privado, que consiga contradizer a realidade de que a grande maioria das profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas tem filhos por cesáreas. Como conta uma médica no filme: "Ficaram muito espantados, me disseram que há dez anos nenhuma médica tinha parto normal neste hospital".

Para muitos profissionais, parece haver algo de essencialmente errado nas mulheres quererem um parto normal, pois elas deveriam "desejar" uma cesárea. No filme, a obstetra Melânia Amorim afirma que, "quando se entrevistam mulheres no pós-parto, elas muitas vezes acreditam que houve uma indicação real de cesariana. Quando se entrevistam os médicos, eles vão atribuir a culpa da cesariana a uma decisão da mulher". Melânia e outros entrevistados listam dezenas de indicações de cesárea fictícias que são utilizadas para coagir as mulheres, com ameaças de desfechos adversos, para o bebê ou para elas, caso não obedeçam imediatamente.

Os profissionais por sua vez, ainda se apegam a noções e práticas obsoletas e agressivas na assistência ao parto vaginal no setor público, e, no setor privado, aderem à concepção misógina de que o parto vaginal é primitivo, inconveniente, insuportavelmente doloroso, repulsivo em seus aspectos mais corporais, e danoso à saúde sexual da mulher – portanto deveria ser "prevenido" sempre que possível. Insistir em ter um parto espontâneo, para aquelas mulheres de classe média que podem evitá-lo, é motivo para estranhamento, e, não raro, para aberta hostilidade por parte dos serviços[3]. O filme mostra as inúmeras mulheres que queriam um parto fisiológico, mas que se sentiram coagidas a fazer uma cesárea sob ameaça de abandono da assistência, ou de sequelas para o bebê (às vezes mediante fraude, como imagens de circulares de cordão no ultrassom forjadas para induzir à cesárea).

Como mostra o *Renascimento*, ao contrário da crença prevalente no Brasil, o parto espontâneo é hoje considerado um momento privilegiado de promoção da saúde física e emocional, da mãe e do bebê, não apenas a curto prazo, mas com repercussões para toda a vida[4]. Segundo os diretores, o objetivo do documentário é destacar a importância do parto normal – que, poderia ser feito em até 90% dos casos, contra 10% de gestações de maior risco – e do trabalho de parto.

Sabe-se hoje que um parto fisiológico bem- sucedido, cercado de respeito e segurança, pode propiciar, para a mulher, uma experiência existencial extraordinária, levando a um sentimento de competência como mãe e como pessoa, e a lembranças positivas associadas à maternidade, o que facilita a vinculação com o bebê e o início da amamentação. Sem mencionar a diferença de bem-estar físico e emocional por estar livre da dor intensa resultante das feridas cirúrgicas pós-parto, sejam resultantes de cesárea ou de episiotomia[5]. Além disso, sabe-se que o parto vaginal propicia uma colonização saudável do microbioma do recém-nascido, levando a um risco diminuído de obesidade, diabetes, asma, alergias e outras doenças crônicas no decorrer da vida. Os nascidos de cesárea, por sua vez, tem seu microbioma inicialmente colonizado por bactérias hospitalares, o que aumenta seus riscos ao longo da vida[4]. A diferença de prognóstico quanto às enfermidades crônicas não transmissíveis relacionada à via de parto, hipótese trazida pelas ciências básicas e confirmada em estudos epidemiológicos, deve ser uma tema crucial para a Saúde Coletiva nos próximos anos.

O *Renascimento* corajosamente aborda o tema difícil dos conflitos de interesse, seu papel na epidemia de cesárea, e suas repercussões na saúde materna e neonatal. "A gente tem muito mais internações em UTIs nas vésperas de grandes feriados" diz o pediatra Ricardo Chaves. Ele conta que muitas cesáreas são feitas por conveniência médica, em prejuízo dos bebês, o que permite, ao profissional, voltar para o consultório, pois as cirurgias são agendadas com antecedência e duram de 15 a vinte minutos, em

vez de passar até 12 horas acompanhando um trabalho de parto.

Pode-se dizer, com razão, que o filme aborda, sobretudo, a realidade do setor privado. Estudos mostram que, na cultura brasileira, as usuárias do SUS não tem reconhecido seu direito à autonomia, devendo se subordinar ao julgamento médico acerca do que seria melhor para a gestante e seu bebê, enquanto as mulheres do setor privado, além de serem pagantes, são consideradas "diferenciadas", mais escolarizadas, portanto moralmente mais capacitadas, e teriam, assim, direito à escolha sobre as intervenções[6]. Então, o que um filme sobre "direito à escolha" no parto tem a ver com o SUS? Tudo, se pensarmos a assistência à saúde considerando os princípios da equidade, do controle social, da integralidade, e da humanização[7].

Quanto à equidade, o filme deixa bem claro: apesar da crença dominante na preferência pela cesárea, o que as mulheres querem é ficar livres de maus-tratos, de abandono, de negligência, de solidão, de ataques à sua integridade física e sexual. Enquanto o parto chamado "normal" for assistido de forma tão agressiva e privada de direitos, a cesárea aparecerá com alternativa menos aflitiva, dolorosa e abandonada. Será uma escolha entre o ruim e o pior, e por isso a busca de tantas mulheres pelo setor privado. Como dizem os movimentos sociais: "Chega de parto violento para vender cesárea"[7].

Pode-se dizer também que o parto espontâneo e humanizado, acompanhado por profissionais experientes na assistência ao parto fisiológico, tem se tornado um sonho de consumo, um privilégio das mulheres mais ricas e escolarizadas. Porém em alguns poucos locais, as mulheres do topo da hierarquia social procuram o SUS justamente pelo fato de ser mais próximo deste modelo que o setor privado. Quem quiser saber detalhes, veja, por exemplo, o ótimo vídeo sobre o Hospital Sofia Feldman e seu Centro de Parto Normal (CPN).

Precisamos multiplicar o SUS que dá certo – o que exige coragem e ousadia por parte dos gestores para mudar o modelo agressivo e obsoleto que impera no SUS, apostando na implementação de CPNs e na contratação de obstetrizes e enfermeiras obstetras para o cuidado de gestantes e parturientes saudáveis. Queremos equipes interdisciplinares e integradas ao sistema, com acesso automático e sem hostilidades aos níveis de complexidade necessários em caso de transferência, como em países desenvolvidos. Queremos que o SUS se diferencie do setor privado, que aderiu sem disfarces ao modelo da cesárea obrigatória.

Em termos do controle social, a participação do movimento nas instâncias do SUS tem sido de grande ajuda: por exemplo, em São Paulo, a Conferência Municipal aprovou a construção de cinco centros de parto normal, uma por região do município, o que pode fazer toda a diferença. A ouvidoria da Rede Cegonha tem oferecido um manancial de informação sobre as enormes distorções e sobre o que é preciso mudar, ouvindo diretamente as usuárias do SUS.

Quanto à integralidade, como o filme aborda, o parto é um fenômeno biopsicossocial, e espiritual, e a sua redução às dimensões biológicas não apenas empobrece e entristece a experiência, mas também, evidentemente, reduz a sua segurança e sua efetividade. O modelo do parto fisiológico, facilitado por um cuidado acolhedor, seguro e amigável à mulher, ao bebê e à família, propicia uma transição gravidez-puerpério, e fetal-neonatal mais fisiológica, saudável e satisfatória, reservando o uso de medicamentos e de cirurgia para sua utilização apropriada e seletiva, promovendo, assim, a saúde das gerações futuras.

Não custa lembrar que as propostas de humanização do parto inspiraram e anteciparam as propostas do SUS em, pelo menos, uma década, e que a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), em 2013, completa vinte anos de influência nos movimentos sociais e em políticas públicas. E que está bem representada no filme – em personagens, como em ideário.

Simone Grilo Diniz
Departamento de Saúde Materno-infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 205. São Paulo, SP, Brasil.
01246-904. sidiniz@usp.br

Palavras-chave: Parto. Humanização. SUS. Direitos das mulheres. Direitos dos pacientes. Ciberativismo.

Keywords: Childbirth. Humanisation. Brazilian National Health System (SUS), Women's rights. Patients'rights. Cyberactivism.

Palabras clave: Parto. Humanización. Sistema Único de Salud (SUS). Derechos de las mujeres. Derechos de los pacientes. Ciberactivismo.

Referências

1. Scaggianti V, Schub S. Parto de Sabrina Ferigato, nascimento de Lucas. Fotografia e edição: Além d´Olhar. [acesso 2014 Fev 23]. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=qiof5vYkPws

2. Zorzam B, Moreiras Sena L, Franzon AC, Brum K, Rapchan A. Violência obstétrica - a voz das brasileiras [acesso 2014 Fev 23]. Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M

3. Salgado Ho, Niy Dy, Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted C-section. J Hum Growth Dev. 2013; 23(2):190-97.

4. Neu J, Rushing J. Cesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis. Clin Perinatol. 2011; 38:321-31.

5. Fenwick J, Hauck Y, Schmeid V, Dhaliwal S, Butt J. Association between mode of birth and self-reported maternal physical and psychological health problems at 10 weeks postpartum. Int J Childbirth. 2012; 2(11):115-25.

6. Martinho RL. Humanização do parto: análise da teoria e implantação do programa em Salvador [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2011.

7. Diniz SG, D'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. Reprod. Health Matters. 2012; 20:94-101.

Recebido em 11/08/13. Aprovado em 11/09/13.

DOI: 10.1590/1807-57622014.0124

Sobre processos de apropriação e intersecção em imagens

On processes of appropriation and intersection in images

Sobre procesos de apropiación de intersección en imágenes

Cintia Ribas[a]

[a] Artista visual, fotógrafa e arte-educadora. Especialização em Poéticas Visuais na escola de Música e Belas Artes do Paraná (EMBAP). Enfance Centro de Modalidade de Educação Especial. Rua Paula Gomes, 864, São Francisco. Curitiba, PR, Brasil. 80510-070. cinribas@hotmail.com

Sobre processos de apropriação

O final do século XIX demarca o fim da supremacia da Academia Tradicional de Arte, este derrame é pontual no que diz respeito ao sistema da Arte. Artistas, em contraste com a Academia, buscavam a autonomia de sua produção. As vanguardas surgiram embaladas pelo consumismo efervescente da nova sociedade moderna, capitalista e sedenta por inovação, transgredindo e reformulando práticas artísticas e seus modos de vivenciá-las. Uma destas práticas, das quais desejo conspirar no texto é a Apropriação, que em seu sentido direto quer dizer, tomar algo como próprio, tornar seu uma coisa alheia. O artista toma para si imagens, objetos, espaços e torna claro em sua produção esse desvio, conservando a identidade da coisa apropriada, criando diálogo em campo miscigenado pelo desdobramento de ambas as reproduções, por esta análise aponta Bourriaud [1] em trecho da Estética Relacional, para o autor, o espectador completa a obra ao participar da elaboração de seu sentido:

> Pode-se dizer que esses artistas que inserem seu trabalho no dos outros contribuem para abolir a distinção tradicional entre produção e consumo, criação e cópia, ready-made e obra original. Já não lidam com uma matéria-prima. Para eles, não se trata de elaborar uma forma a partir de um material bruto, e sim de trabalhar com objetos atuais em circulação no mercado cultural, isto é, que já possuem forma dada por outros. (p. 8)

Bourriaud[1] utiliza em seus escritos, o termo pós-produção para designar as manifestações artísticas contemporâneas. Para ele, a apropriação é a primeira fase da pós-produção: não se trata mais de fabricar um objeto, mas de escolher entre os objetos existentes e utilizar ou modificar o item escolhido segundo uma intenção específica.

As manifestações de uma geração "sem-lugar", imprimem na produção artística seu contexto sócio-político-econômico. Marcados pelo pós-guerra e pela dissolução da fronteira entre arte e vida, de que maneira definir a partir daí o objeto como obra de arte.

É provável que a teoria do desvio esteja implicada pelos aspectos situacionistas. Talvez isso inscreva o sentido de bancar a subjetividade enquanto elemento difusor. Um signo novo ressurgia e os significados incorporados difundiam a poética dos artistas, o trabalho e as idéias. A questão da obra não se encontrava mais posta no visível ou mediante a estética da forma, mas no caráter ontológico aí inscrito, assim propõe Arthur Danto[2]:

> Toda arte deve ter um significado, toda arte é representacional [...], sendo o formalismo inadequado como filosofia de arte. (p. 19)

Proposições:

- 2013 *Registros de Paisagem* ***Coletiva "caixa d'água"*** Museu da Fotografia de Curitiba, exposição (19 de junho a 18 de agosto de 2013) Cintia Ribas em parceria de Fabio Noronha, Juliana Gisi e Gabriele Gomes.
- 2013 "**Corpos de Passagem**" - Ação Performática em parceria de Mariana Barros, Daniel Valenzuela e Thiago Ramalho (áudio) durante projeção de imagens em Festival Fora da Forma de Curitiba - produção de Wake Up Colab.
- 2012 **quando não mais** - ADUAS, em parceria de Eliana Borges, em Museu Alfredo Andersen
- 2012 **el río en mí** - ADUAS, em parceria de Eliana Borges e Ricardo Corona, agosto Galeria Sesc da Esquina.
- 2011 **Novas Miradas** Museu da Fotografia Coletiva MOB011, em parceria de Alexandre Zampier
- 2011 **ENCANTA_RIA** - SESC da Esquina Projeto *"Sim_Constante"* http://mostraencantaria.wordpress.com, em parceria de Constance Pinheiro.
- 2009 **Itaúba** – exposição fotográfica + instalação em parceria de Fernando Rosenbaum

Atuação profissional:

- Especialização em Poéticas Visuais Escola de Música e Belas Artes do Paraná. Monografia: "*Sobre Processos de Apropriação e Intersecções em Imagens*" - EMBAP/2014.

Produções, integrações coletivas:

- Workshop Produção Crítica em Artes Visuais, ministrada por Ana Luisa Lima e Clarissa Diniz set/out de 2010.
- *PIC Pesquisa de Iniciação Científica* em fotografia e o sentido *auto-etnológico* vivenciado em viagens pelo observador-fotógrafo; Projeto intitulado "*Entre Estranho & Estrangeiro"*, orientação Profa. Dra. Ana Lucia Vásquez e apoio Fundação Araucária/EMBAP. <http://aderivadoolhar.wordpress.com>
- Monografia na Graduação: *"A Fotografia vinculada a Registros e Processos de Viagem"*, orientação Prof. Dr. Fabio Noronha/EMBAP 2011.

Últimas exposições:

- **Instâncias e Entidades** (sessões de projeção de vídeo e de fotografias) 15 de fev a 16 de março de 2013 em Bicicletaria Cultural de Curitiba em parceria de Gabriel Guerrer e Mariangela Quarentei.
- Mostra de Iniciação à Pesquisa Científica em Arte - Galeria da Embap/junho 2012 imagem em retroprojetor.
- Coletiva"*Chamando Vento*" Espaço Tardanza participação na produção de dois vídeo performance e instalações work in progress com Eliana Borges, Constance Pinheiro, Janete Anderman e Maria Baptista. projeção de vídeo performance. espacotardanza.wordpress.com
- Coletiva *"Cada qual com o seu Como*" - BRDE Palacete dos Leões/janeiro de 2012 - foto-colagens individuais.
- Coletiva *"Produção Oito-Onze"* coletiva galeria da EMBAP abril de 2012 - projeção de imagem via projetor.

Referências

1. Bourriaud N. Estética relacional. Coleção todas as artes. São Paulo: Martins; 2009.

2. Danto AC. A transfiguração do lugar-comum: uma filosofia da arte. Trad. Vera Pereira. São Paulo: Cosac Naify; 2005.

NA MAIS encantadora das ilhas do mundo, a "heróica Juan Fernandez", Blanca Luz fêz o seu refúgio. Mas este aqui é o que a sua filha Maria Eugenia

Cintia Ribas, Colagem, 2013 "Almanaque para entrevistar surrealismos".

Cintia Ribas, Colagem, 2013 "Almanaque para entrevistar surrealismos".

Cintia Ribas, Colagem, 2013 "Almanaque para entrevistar surrealismos".

Cintia Ribas, Colagem, 2013 “série pernas”

Cintia Ribas, Colagem, 2013 "Mergulhos para busca de".

Cintia Ribas, Colagem, 2013 “Almanaque para entrevistar surrealismos”.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0890

A arte da sobrevivência ou sobre a vivência da arte*

The art of survival or about experience of art

El arte de la sobrevivencia o sobre la vivencia del arte

Carla Regina Silva[a]
Letícia Eduardo Carraro[b]

Jovem artista

Jovem da periferia,
Onde estará tua sabedoria?
Escondida entre o estigma e o preconceito.
Ninguém se importa com respeito!

Tua arte deve ser a da sobrevivência.
Mas, o jovem quer saber qual sua incumbência.
Na busca por se encontrar,
Quer mesmo de tudo experimentar.

Identidades construídas,
Mas, por que tão submetidas?
Mesmos padrões, marcas e destino,
Determinar assim uma vida, isso sim é um desatino!

Pincéis, ateliê, tela e arte.
Larga disso, que disso tu não fazes parte!
Mas quando o jovem despertou,
Um caminho ele esboçou.

Jovem da periferia,
Tudo se transformaria.
Entre pinceladas, desejos e rigor,
Agora, vamos lá, apreciado pintor!

(Carla Silva)

Produção artística se revelando pelo jovem J.H., numa das oficinas do projeto "*Talentos Juvenis do Gonzaga*" (2010)[c].

* Criação baseada na experiência do projeto "Talentos Juvenis do Gonzaga", sob a responsabilidade da Profa. Dra Carla Regina Silva, integrante do Núcleo UFSCar do Programa "Terapia Ocupacional no Campo Social – METUIA", coordenado pela Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

[a] Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. Rua Ray Wesley Herrick, 1501, Cond. Village Damha I, casa 67, Joquei Clube. São Carlos, SP, Brasil. 13565-090. carlars@usfcar.br

[b] Terapeuta Ocupacional. Campinas, SP, Brasil. leticiaecarraro@gmail.com

[c] Todas as imagens deste manuscrito são registros de acompanhamento e revelam produções e obras do jovem J. H.

"Criar é tão fácil ou tão difícil como viver. E é do mesmo modo necessário".[1]

o contraste de J.H. - entre a realidade expressa ou a criação do vivido.

Conhecemos o jovem artista J.H. através da oferta de oficinas de atividades, dinâmicas e propostas artístico-culturais para um coletivo de adolescentes e jovens, realizadas semanalmente em um Centro da Juventude, em determinada periferia de uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo.

A partir da demonstração de interesse de J.H. pela arte e o reconhecimento de seu talento, realizamos acompanhamentos individuais e territoriais, aliados a outras estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional Social, no intuito de construir pontes entre seus anseios e as possibilidades concretas do vivido – considerando-se que esses acompanhamentos compõem um arcabouço metodológico que integra outras estratégias intervencionistas, tais como: a articulação no campo social, a dinamização da rede de atenção e oficinas de atividade, dinâmicas e projetos[2,3].

Foi possível gerar – por meio desses processos intensos e pulsantes, que produziram novos desejos de criação, de reconstrução de cotidianos e percursos – a transformação da arte da sobrevivência em valorização da vida, transformação expressa pela sua produção, na articulação de seus processos criativos.

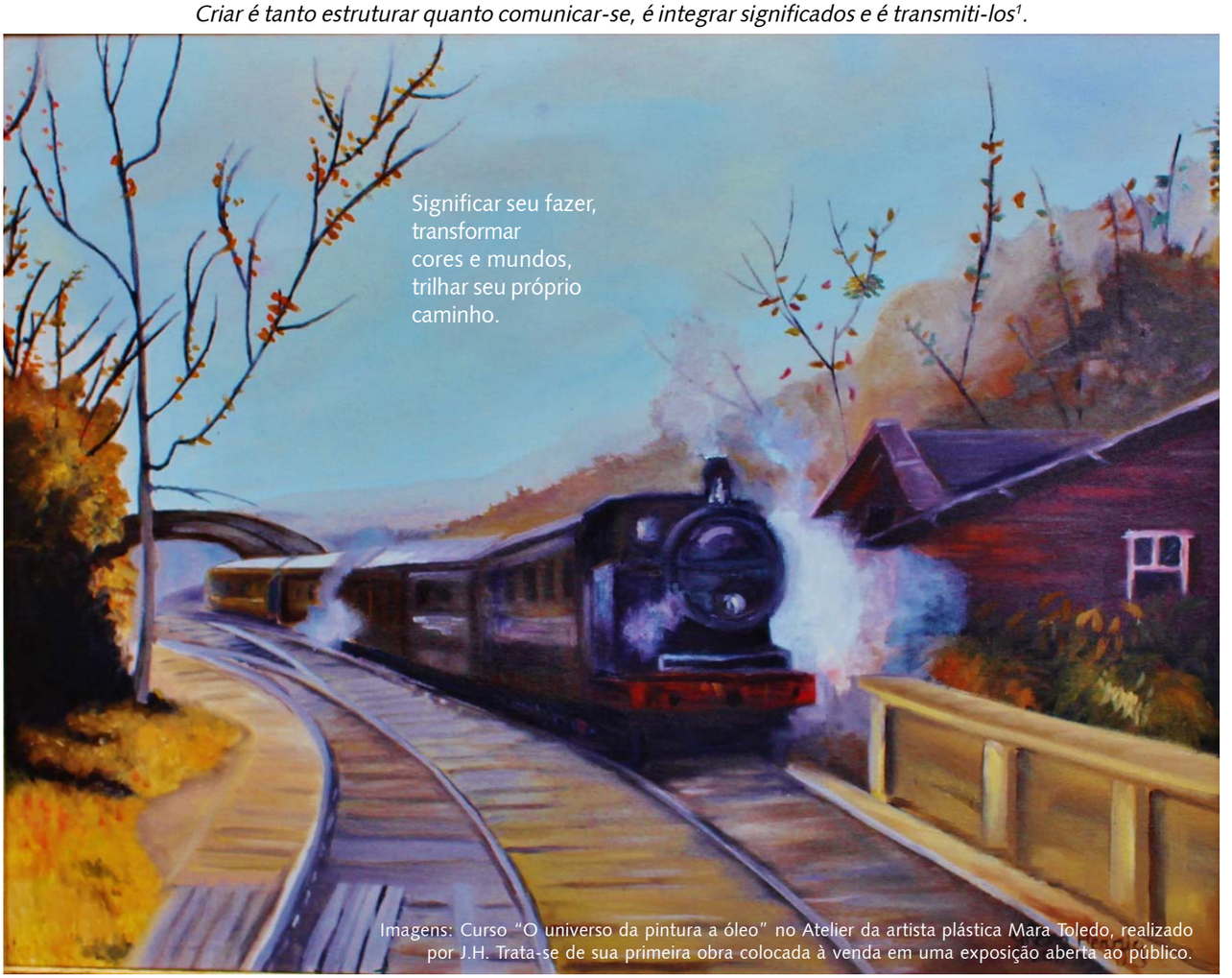
Sem título, Óleo sobre tela, J.H., 2011.

A POSSIBILIDADE DE **R**EINVENTAR **T**UDO AO SEU REDOR **E** A SI MESMO

As atividades são utilizadas [pela Terapia Ocupacional Social] com diferentes fins – são meios facilitadores de aproximação com o universo juvenil –, possibilitam o reconhecimento de direitos – direito de escolha, direito a se reconhecer como um sujeito que faz e que pensa, que assina sua obra, que é agente criador e transformador – e possibilitam, também, a relação de respeito mútuo em que se tornam possíveis as trocas e compartilhamentos de vivências entre diferentes universos sociais.

> *Nessas trocas, nesse trânsito e nesse diálogo é que se encontram os subsídios potencializadores de invenções e criações de novas autonomias jamais pensadas e desejadas por esses jovens, em última instância, a construção de outros projetos de vida*[4].

Os processos criativos [...] *envolvem a personalidade toda, o modo de a pessoa diferenciar-se adentro de si, de ordenar e relacionar-se em si e de relacionar-se com os outros.*
Criar é tanto estruturar quanto comunicar-se, é integrar significados e é transmiti-los[1].



Imagens: Curso "O universo da pintura a óleo" no Atelier da artista plástica Mara Toledo, realizado por J.H. Trata-se de sua primeira obra colocada à venda em uma exposição aberta ao público.

Fazer com o outro, neste processo, significa: dar importância aos seus interesses, estar ao seu lado, propiciar meios, compartilhar, articular e ampliar expectativas, possibilidades, valorizar expressões, negociar resistências, dar forma aos sonhos, ressignificar as cores e a relação com o cotidiano, aprimorar habilidades, promover escutas compreensivas, criar caminhos onde possam existir outras maneiras de fazer e de ser – promover deslocamentos sensíveis.

Imagens: Inserção do jovem artista J.H., em curso de pintura ofertado pela Prefeitura Municipal de São Carlos (2010), como um dos resultados obtidos pelos acompanhamentos realizados.

Imergir nos territórios da Arte, pelo viés da Terapia Ocupacional, nos conduz a um confronto com um campo de conhecimento, um universo fascinante constituído de materialidade, espiritualidade, criação, referências, dificuldades, um caminho de busca. Este movimento proporciona um fazer que pressupõe sensibilidade, observação, improvisação, expressão e composição através do desenvolvimento das linguagens artísticas[5].

A Terapia Ocupacional está intensamente envolvida com a produção da vida ... com a criação do existir, de modos de estar no mundo e ... a própria fabricação de mundos. Essa compreensão advém do simples fato de que a vida humana constitui-se, em uma de suas dimensões, num continuum de atividades. **Vida é continuum de atividades**...[6] (grifo do autor).

O Farol Jesuíta,
Óleo sobre tela, J.H. (2011).
Obra exposta na exposição "Território das Artes" em Araraquara, SP.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas nos processos de produção e criação do manuscrito.

Referências

1. Ostrower F. Criatividade e processos de criação. Petrópolis: Vozes; 1987.

2. Lopes RE, Borba PLO, Cappellaro M. Acompanhamento individual e articulação de recursos em Terapia Ocupacional Social: compartilhando uma experiência. Mundo da Saúde [Internet] 2011 [acesso 2011 Out 4]; 35(2):233-8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/acompanhamento_individual_articulacao_recursos_terapia.pdf

3. Silva CR. Percursos juvenis e trajetórias escolares: vidas que se tecem nas periferias das cidades [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2012.

4. Lopes RE, Adorno RCF, Malfitano APS, Takeiti B, Silva CR, Borba PLO. Juventude pobre, violência e cidadania. Saude Soc. 2008, 17(3):63-76.

5. Castro ED, Silva DM. Habitando os campos da arte e da terapia ocupacional: percursos teóricos e reflexões. Rev Ter Ocup. 2002, 13(1):1-8.

6. Quarentei MS. Terapia Ocupacional e a produção de vida. In: Anais do 7º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2001; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: Abrato; 2001. p. 1-3.

Recebido em 08/11/13. Aprovado em 20/11/13.

consultores ad hoc 2013

Alcides Silva de Miranda, UFRGS, RS
Alcindo Antonio Ferla, UCS, RS
Alda Maria Lacerda da Costa, Fiocruz, RJ
Aline Guerra Aquilante, UFSCar, SP
Aline Almeida, Unifesp, SP
Altair Massaro, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, SP
Aluísio Gomes da Silva Junior, UFF, RJ
Ana Karenina Arraes, UFRN, RN
Ana Maria Canesqui, Unicamp, SP
Ana Claudia Camargo Gonçalves da Silva, USP, SP
Ana Rita de Castro Trajano, Secretaria de Atenção à Saúde, DF
Ana Paula Serrata Malfitano, UFSCar, SP
Ana Patrícia Morais, UECE, CE
Ana Paula Brandão, Fundação Roberto Marinho, RJ
Ana Cândida Pena Vieira Pinto, UnB, DF
Ana Roberta Vilarouca da Silva, UFPI, PI
Ananyr Porto Fajardo, Hospital Nossa Senhora da Conceição, RS
Andréa do Amparo Carotta Angeli, UFSM, RS
Andréa Neiva da Silva, ENSP, Fiocruz, RJ
Andrea Fachel Leal, UFRGS, RS
Andrea Lopes, USP, SP
Andrea Ruzzi-Pereira, UFTM, MG
Angela Maria Mendes Abreu, UFRJ, RJ
Angélica Capellari Menezes Cassiano, Unicesumar, PR
Annatália Meneses de Amorim Gomes, UECE, CE
Antonio Costa, UFRJ, RJ
Antonio Ferreira Seoane, Associação Saúde da Família, SP
Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Fiocruz, CE
Aurea Maria Zöllner Lanni, USP, SP
Aylene Emilia Moraes Bousquat, Unisantos, SP
Barbara Cabral, Univasf, PE
Beatriz Francisco Farah, UFJF, MG
Beatriz de Carvalho Teixeira, Prefeitura de São José dos Campos, SP
Beltrina da Purificação da Côrte Pereira, PUC, SP
Bruno Mariani de Souza Azevedo, Unicamp, SP
Camila Pinelli, Unesp, SP
Carla Luzia França Araújo, UFRJ, RJ
Carla Ribeiro Guedes, UFF, RJ
Carla Ribeiro, Instituto Fernandes Figueira, RJ
Carla Targino Bruno dos Santos, UnB, DF
Carlos Alberto Severo Garcia Jr, Ministério da Saúde, DF
Carlos Eduardo Estellita-Lins, Fiocruz, RJ
Carlos Alberto Gama Pinto, Unicamp, SP
Carlos Roberto Soares Freire de Rivoredo, Unicamp, SP
Carmen Pessoal, Uninovafapi, PI
Cassia Barbosa Reis, UEMS, MS
Cássia Baldini Soares, USP, SP
Cássio Silveira, FCMSC, SP
Cathana Freitas de Oliveira, Ministério da Saúde, DF
Catia Paranhos Martins, Ministério da Saúde, DF
Cecília Maria IzidoroPinto, UFRJ, RJ
Célia Pereira Caldas, UERJ, RJ
César Ramos, Ulbra, TO
Haraldo Cesar Saletti Filho, Secretaria Municipal de Saúde, SP
Cinira Magali Fortuna, USP, SP
Clarice Monteiro Machado Rios, UERJ, RJ
Claudia Giroto UNESP, SP
Claudia Ridel Juzwiak, UNIFESP, SP
Cristiane Silva Gonçalves, UNIFESP, SP
Cristiani Machado, Fiocruz, RJ
Cristina Amélia Luzio, Unesp, SP
Cristina Mair Barros Rauter, UFF, RJ
Dafne Paiva Rodrigues, UECE, CE
Dalton Martins, FATEC, SP
Daniel Cruz, Ufscar, SP
Débora Bertussi, Secretaria Municipal de Saúde, SP
Débora de Moraes Coelho, UniRitter, RS
Deivisson Santos, Prefeitura Municipal de Campinas, SP
Denis Petuco, UFJF, MG
Denise Herdy Afonso, UERJ, RJ
Denise Maria da Silva, UFSC, SC
Dirce Shizuko Fujisawa, Uel, PR
Doris Gomes, UFSC, SC
Edivaldo Gois Jr, Unicamp, SP
Edleuza Oliveira, UFRB, BA
Eduardo Almeid, USP, SP
Eduardo Garcia Garcia, Fundacentro, SP
Edvane Birello De Domenico, Unifesp, SP
Elaine Reis Brandão, UFRJ, RJ
Elaine Franco dos Santos Araujo, UFRJ, RJ
Eliane Vargas, Fiocruz, RJ
Élida AzevedoHennington, Fiocruz, RJ
Elisabete Mângia, USP, SP
Elisabete Pimenta Araújo Paz, UFRJ, RJ
Elisabeth Meloni Vieira, USP, SP
Elisete Casotti, UFF, RJ
Elizabete Zuza, Prefeitura Municipal de Campinas, SP
Elizabeth Rose Nogueira de Albuquerque, UFAL, AL
Elizabeth Costa Dias, UFMG, MG
Elma Lourdes Zoboli, USP, SP
Elvira Caires de Lima, UFBa, BA
Emerson Fernando Raser, UFU, MG
Emilia Juliana Ferreira, UFSC, SC
Eucenir Rocha, USP, SP
Eymard Vasconcelos, UFPB, PB
Fabiana Buitor Carelli , USP, SP
Fábio Luiz Mialhe, Unicamp, SP
Fabio Hebert Silva, UFF, RJ
Fábio Solon Tajra, UFPI, PI
Fabiola Rohden, UFRGS, RS
Fatima Oliver, USP, SP
Fernanda Nogueira Campos, FMU, SP
Fernanda Rocco Oliveira, Hospital de Santa Marcelina, SP

Fernando Nogueira, Fiocruz, SP
Flavia Freire, UnP, RN
Florêncio Mariano Costa Júnior, USP, SP
Fred Siqueira Cavalcante, Ufscar, SP
Gabriel Zaia Lescovar, USP, SP
Gabriel Schütz, UFRJ, RJ
Grasiele Nespoli, Fiocruz, RJ
Greice Maria de Souza Menezes, UFBa, BA
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt , UFPB, PB
Gustavo Henrique Dionisio, Unesp, SP
Gustavo Fraga, Unicamp, SP
Helen Gonçalves, UFPel, RS
Helena Maria Scherlowski Leal David, UERJ, RJ
Helena Eri Shimizu, UnB, DF
Ione Carvalho Pinto, USP, SP
Isabela Aparecida de O. Lussi, UFSCar, SP
Isaltina Maria de Azevedo Mello Gomes, UFPE, PE
Ivan Barofsky, The Quality of Life Institute, USA
Ivanilda Lacerda Pedrosa, UFPB, PB
Ivete Palmira Sanson Zagonel, Faculdades Pequeno Príncipe, PR
Izabel Cristina Rios, USP, SP
Janaína Marques de Aguiar, UNINOVE, SP
Jane Araújo Russo, UERJ, RJ
Janine Miranda Cardoso, Fiocruz, RJ
Janine Moreira, Unesc, SC
Jaqueline Terezinha Ferreira, UFRJ, RJ
Jeane silva, UFRGS, RS
Jeferson Rodrigues, UFSC, SC
Jesus Carlos Andreo, USP, SP
João Bosco Guerreiro da Silva, FAMERP, SP
João Paulo Macedo, UFPI, PI
Jorge Alberto Bernstein Iriart , UFBa, BA
Jorge Lyra, UFPE, PE
José Patrício Bispo Júnior, UFBa, BA
José de Anchieta e Horta Júnior, Unesp, SP
José Francisco de Melo Neto, UFPB, PB
Jose Roque Junges, Unisinos, RS
José Rogério Lopes, Unisinos, RS
José Maria Ximenes Guimarães , UECE, CE
José Roberto Goldim , Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS
Juan Stuardo Yazlle Rocha, USP, SP
Juliana Sampaio, UFPB, PB
Julio Cesar Cruz C da Rocha, UFRJ, RJ
Julio Wong Un, UFF, RJ
Karla Cristina Giacomin, Prefeitura de Belo Horizonte, MG
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, UFPB, PB
Katita Jardim, Fiocruz, RJ
Klaus Schlünzen Junior, Unesp, SP
Larissa Pelucio, UNESP, SP
Leandro David Wenceslau , UFV, MG
Lenilde Duarte de Sá, UFPB, PB
Leny Alves Bomfim Trad, UFBa, BA
Liane Righi, UFRGS, RS
Lídya Tolstenko Nogueira, UFPI, PI
Ligia Kiss, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Inglaterra
Ligia Bahia, UFRJ, RJ
Lilian Magda Macedo, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, SP
Lilian Miranda, UFRRJ, RJ
Liliana Escóssia Melo, UFS, SE
Liliana Muller Larocca, UFPR, PR
Litza Andrade Cunha, UFBa, BA
Lucia Azevedo, UFRJ, RJ
Lucia Yasuko Izumi Nichiata, USP, SP
Lucia Maria Ozorio Barroso, PUC, RJ
Luciana Mesquita Abreu, UECE, CE
Luciana Colvero, USP, SP
Luciana Gomes, Prefeitura Municipal de Angra dos Reis, RJ
Luciane Alves Fernandes, UNIFIN, RS
Luciano Bezerra Gomes, UFPB, PB
Luís Eduardo Batista, Instituto de Saúde, SP
Luiz Carlos Cecilio, Unifesp, SP
Luiz Carlos Fadel Vasconcellos, Fiocruz, RJ
Luiza Rodrigues Oliveira, ISERJ, RJ
Luzia Iara Pfeifer, USP, SP
Madel Therezinha Luz, UFRGS, RS
Mara Alice Conti Takahashi, CEREST, SP
Mara Regina Santos da Silva, FURG, RS
Márcia de Assunção Ferreira, UFRJ, RJ
Marcia de Lima, UNIP, SP
Marcia Santana Fernandes, UniRitter, RS
Marcia Raposo Lopes, Fiocruz, RJ
Márcia Niituma Ogata, UFSCar, SP
Marcia Regina Cangiani Fabbro, UFSCar, SP
Marcus Vinicius Andrade, UFMG, MG
Mardônio Menezes, Secretaria de Estado da Saúde, TO
Margarida Bernardes, UNISUAM, RJ
Maria Alice Pessanha de Carvalho, Fiocruz, RJ
Maria Amélia Medeiros Mano, Hospital Nossa Senhora da Conceição, RS
Maria Caputo, UFBa, BA
Maria Cecília Galletti, Instituto Sedes Sapientiae, SP
Maria Cecilia Leite, UFS, SE
Maria Cecília de Souza Minayo, Fiocruz, RJ
Maria Cecília Moura, PUC, SP
Maria Jose Coelho, UFRJ, RJ
Maria Cristina Faber Boog , Unicamp, SP
Maria das Graças Alves Pereira, IFAC, AC
Maria de Fatima Lima Santos, UFRJ, RJ
Maria de Jesus Dias de Aráujo, Secretaria do Estado da Saúde, PI
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, UFRN, RN
Maria Gabriela Curubeto Godoy, UFRGS, RS
Maria Helena Magalhães de Mendonça, Fiocruz, RJ
Maria Helena Morgani de Almeida, USP, SP
Maria Inês Badaró-Moreira, Unifesp, SP
Maria José D'Elboux, Unicamp, SP
Maria Lucia Teixeira Machado, UFSCar, Sp
Maria Luisa Sandoval Schmidt, USP, SP
Maria Luiza Garnelo, Fiocruz, AM
Maria Inez Montagner, UnB, DF
Maria Elizabeth Mori, Ministério da Saúde, DF
Maria das Merces Navarro, Fiocruz, RJ
Maria Rocineide Ferreira da Silva, UECE, CE
Maria Socorro Dias, UVA, CE
Maria Fátima de Sousa, UnB, DF
Maria Teresa Cauduro, URI, RS
Maria Tereza Esteban do Vale, UFF, RJ
Mariana Dorsa Figueiredo, Unicamp, SP
Mariana Sato, USP, SP
Mariana Schveitzer, USP, SP
Marilia Anselmo Viana da Silva Berzins , Prefeitura Municipal de São Paulo, SP
Marília Velardi, USP, SP
Marinalva Lopes Ribeiro, UEFS, BA
Marines Tambara Leite, UFSM, RS
Marisa Eugênia Melillo Meira, Unesp, SP
Mariza Silva de Oliveira, UFC, CE
Marize Melo dos Santos,UFPI, PI
Marta Júlia Marques Lopes, UFRGS, RS

Martinho Silva, UERJ, RJ
Mary Jane Spink, PUC, SP
Maurício Soares Leite , UFSC, SC
Michele Heisler, UMICH, EUA
Michele Vasconcelos, UFRGS, RS
Michelle Selma Hahn, UFSCar, SP
Michelle Medeiros, UFCG, PB
Miguel Maia, UFRJ, RJ
Mirelle Finkler, UFSC, SC
Miriam Cristiane Alves, Secretaria do Estado da Saúde, RS
Mônica Assis, INCA, RJ
Monica Gouvêa, Instituto de Saúde da Comunidade, RJ
Monica Maria Raphael Roza, UFF, RJ
Mônica Senna, UFF, RJ
Nilce Maria da Silva Campos Costa, UFG, GO
Nivaldo Carneiro Junior, Santa Casa, SP
Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira, UFSCar, SP
Olga Maria Bastos, Fiocruz, RJ
Oscarina da Silva Ezequiel , UFJF, MG
Osvaldo Peralta Bonetti, Ministério da Saúde, DF
Oswaldo Yoshimi Tanaka, USP, SP
Otacílio Batista De Sousa Netto, UFPI, PI
Patrícia Bassani, Feevale, RS
Patricia Della Barba, UFSCar, SP
Patrícia Neves Guimarães, UniMontes, MG
Patrícia Peres Oliveira, UFSJ, MG
Maria Paula de Oliveira Bonatto, Fiocruz, RJ
Paula Giovana Furlan, UnB, DF
Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Fiocruz, PE
Paulo Sérgio Souza Andrade, UnB, DF
Paulo Frazão, USP, SP
Paulo Artur Malvasi, Uniban, SP
Paulo Gilvane Lopes Pena, UFBa, BA
Paulo Roberto de Abreu Bruno, Fiocruz, RJ
Pedro José Cruz, UFPB, PB
Pedro Gabriel Godinho Delgado, UFRJ, RJ
Pedro Paulo Pereira, Unifesp, SP
Pedro Santo Rossi, Secretaria da Saúde de São Paulo, SP
Priscila Carneiro Valim-Rogatto, UFLA, MG
Rafael Gomes, UFES, ES
Rafaella Eloy de Novaes, UnB, DF
Raimunda Nonato da Cruz Oliveira, Instituto Camillo Filho, PI
Raquel Guzzo, PUC, SP
Raquel Rigotto, UFU, CE
Raquel Souzas, UFBA, BA
Raysa Micaelle dos Santos Martins, UnB, DF
Regina Coeli Machado e Silva, Unioeste, PR
Regina Helena Mennin, Unifesp, SP
Regina Maria Giffoni Marsiglia, PUC, SP
Regina Marteleto, IBICT, RJ
Regina Helena Simões Barbosa, UFRJ, RJ
Reinaldo Matias Fleury, IFC, SC
Renata Maria Coimbra Libório, Unesp, SP
Renata Pekelman, Hospital Nossa Senhora Conceição, RS
Ricardo Sparapan Pena, Unicamp, SP
Ricardo Tapajós Martins Coelho Pereira, USP, SP
Roberta Alvarenga Reis, UFRGS, RS
Roberto Esteves, UEM, PR
Roberto Duarte Santana Nascimento, Unesp, SP
Rogério Lopes Azize, UFF, RJ
Ronald João Jacques Arendt, UERJ, RJ
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, USP, SP
Rosa Maria Rodrigues, UNIOESTE, PR
Rosana Machin Barbosa, Unifesp, SP
Rosana Maria Nascimento Castro Silva, Ministério da Saúde, DF
Rosani Muniz, UFPel, RS
Rosemeire Aparecida Scopinho, UFSCar, SP
Rosilda Mendes, Unifesp, SP
Rozeli Maria Porto, UFRN, RN
Rui Mota-Cardoso, Faculdade de Medicina do Porto, Portugal
Sabrina Ferigato, Unicamp, SP
Samanta Winck Madruga, UFPel, RS
Sandra Maria Galheigo, USP, SP
Sandra Abrahão Chaim Salles, Clínica Particular de Medicina Homeopática, SP
Serafim Barbosa Santos Filho, Ministério da Saúde, MG
Sergio Seiji Aragaki, UFT, TO
Sérgio do Nascimento Trad, UFBa, BA
Shara Costa Adad, UFPI, PI
Sheyla Maria Lemos Lima, Fiocruz, SP
Silvana Santiago, UFPI, PI
Silvana Sidney Costa Santos, UFRG, RS
Silvia Amaral Rigon, UFPR, PR
Silvia Matumoto, USP, SP
Sílvia Pavão, UFSM, RS
Silvio José Benelli, USP, SP
Sílvio Fonseca Toledo, UESC, BA
Simone Assis, Fiocruz, RJ
Simone Edi Chaves, Unisinos, RS
Simone Guimarães, UFPI, PI
Simone Souza Monteiro, Fiocruz, RJ
Sinara Patrícia Ávila, UNEB, BA
Sofia Cristina Iost Pavarini, UFSCar, SP
Sonia Acioli, UERJ, RJ
Sônia Maria Dantas-Berger, UFF, RJ
Sonia Nussenzweig Hotimsky, FESPSP, SP
Soraya Fernandes Mestriner, USP, SP
Soraya Fleischer, UnB, DF
Stella Maris Nicolau, UFSCar, SP
Suely Ferreira Deslandes, Fiocruz, RJ
Suely Grosseman, UFSC, SC
Suzana Oliveira, UFC, CE
Sylvia Fernandes, Instituto Sedes Sapientiae, SP
Tadeu Souza, Ministério da Saúde, DF
Tatiana Barcelos Pontes, UnB, SP
Tatiana Sato, UFSCar, SP
Tauani Cardoso, UFPI
Teo Weingrill Araujo, USP, SP
Tereza Cristina Scatena Villa, USP, SP
Terezinha Silva, UFBa, BA
Thelma Simões Matsukura, UFSCar, SP
Theresa Simões Siqueira, UFSCar, SP
Thiago Pinheiro, USP, SP
Valéria Raquel Alcântara Barbosa, UESPI, PI
Valéria Vernaschi Lima, UFSCar, SP
Valéria Silvana Faganello Madureira, UFFS, SC
Valeria Vasconcelos, UNISAL, SP
Vanda Nascimento, UNIP, SP
Vanderleia Laodete Pulga Daron, Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição, RS
Vanderleia Leodete Pulga, UFFS, SC
Vera Dantas, Secretaria Municipal de Saúde, CE
Vera Lúcia Pamplona Tonete, Unesp, SP
Verônica Borges Kappel, UFTM, MG
Vicente Paulo Alves, UCB, DF
Vinicius Oliveira, Secretaria do Estado da Saúde, PI
Wallacy Feitosa, Faculdade ASCES, PE
Wania Carvalho, FEPECS, DF
Wilza villela, Unifesp, SP
Zelia Bittencourt, Unicamp, SP

editores de área ad hoc 2013

Adriana Kelly Santos, ICICT/Fiocruz, RJ
Denise Martin Coviello, UniSantos, SP
Elizabeth Maria Freire de Araujo Lima, USP, SP
Francini Lube Guizardi, Fiocruz, DF
Katia Cristina Portero McLellan, Unesp, SP
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBa, BA
Marcelo Dalla Vecchia, UFSJ, MG
Maria Ines Battistella Nemes, USP, SP
Marilene de Castilho Sá, Fiocruz, RJ
Roseli Esquerdo Lopes, UFSCar, SP
Sergio Resende Carvalho, Unicamp, SP
Simone Mainieri Paulon, UFRGS, RS

PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.
A submissão de manuscritos é feita **apenas** *online*, pelo sistema *Scholar One Manuscripts.*
(http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).
Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).
Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).
Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).
Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).
Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).
Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.
Criação - textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.
Notas breves - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).
Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, **incluem-se quadros** e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

ENVIO DE MANUSCRITOS

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS
Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.
Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema.
Acesse o link http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em ***Word*** **ou RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.
Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé: identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

A partir de 2014, a revista Interface passa a adotar as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos .
Exemplo:
Segundo Teixeira[1,4,10-15]

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário**.**

Casos específicos de citação:
a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:
"Os 'Requisitos Uniformes' (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM." [1]
c) Citação literal de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo à esquerda.
Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].
Exemplo:

> Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – *Estilo Vancouver* [2].

REFERÊNCIAS
Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – http://www.icmje.org. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/).
As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.
A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências.

EXEMPLOS:

LIVRO
Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.
Exemplo:
Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
** Sem indicação do número de páginas.

Nota:
Autor é uma entidade:
Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde. 3a ed. Brasília, DF: SEF; 2001.
Séries e coleções:
Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO
Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:
Autor do livro igual ao autor do capítulo:
Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
Autor do livro diferente do autor do capítulo:
Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO
Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.
Exemplos:
Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.
** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE
Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.
Exemplos:
Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.
Exemplo:
Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 2013 Out 30]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: http://www.....

DOCUMENTO LEGAL
Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).
Exemplos:
Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA
Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.
Exemplo:
Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL
Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).
Exemplo:
Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR
Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.
Exemplo:
Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA
Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.
Exemplo:
Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.
Exemplo:
Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO
Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do *site* com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:
Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: http://www.probe.br/science.html.

Sem paginação:
Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:
Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES
Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:
No caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas *online* no endereço:
http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).
Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.
Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/

PROJECT AND EDITORIAL POLICY

INTERFACE - Communication, Health, Education publishes original analytical articles or essays, critical reviews and notes on research (unpublished texts); it also edits debates and interviews, in addition to publishing the abstracts of dissertations and theses, notes on events and subjects of interest. The editors reserve themselves the right to make changes and/or cuts in the material submitted to the journal, in order to adjust it to its standards, maintaining the style and content.
The manuscript submission is **online**, by the Scholar One Manuscripts system.
(http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo)

All papers submitted to Interface have to follow the instructions described below.

FORM AND PREPARATION OF MANUSCRIPTS

SECTIONS

Dossier - essays or thematic analytical articles, by invitation of the editors, resulting from original study and research (up to six thousand words).
Articles - analytical texts or reviews resulting from original theoretical or field research on themes that are of interest to the journal (up to six thousand words).
Debates - a set of texts on current and/or polemic themes proposed by the editors or by collaborators and debated by specialists, who expound their points of view. The editors are responsible for editing the final texts (original text: up to six thousand words; debate texts: up to one thousand words; reply: up to one thousand words).
Open page - preliminary research notes, polemic and/or current issues texts, description of experiences, or relevant information aired in the electronic media (up to five thousand words).
Interviews - testimonies of people whose life stories or professional achievements are relevant to the journal's scope (up to six thousand words).
Books - publications released in Brazil or abroad, in the form of critical reviews, comments, or an organized collage of fragments of the book (up to three thousand words).
Theses - succinct description of master's theses, doctoral dissertations and/or post-doctoral dissertations, containing abstract (up to five hundred words). Title and keywords in Portuguese, English and Spanish. Access address to the full text, if available in the internet, must be informed.
Creation - Texts reflecting on topics of interest for the journal, at the interface with the fields of arts and culture, which in their presentation use formal iconographic, poetic, literary, musical or audiovisual resources, etc., so as to strengthen and give consistency to the discussion proposed.
Brief notes - comments on events, meetings and innovative research and projects (up to two thousand words).
Letters - comments on the journal and notes or opinions on subjects of interest to its readers (up to one thousand words).
Note: In case of counting the text words, the tables with text are **included** and the title, the abstract and the keywords are **excluded**.

SUBMITING ORIGINALS

INTERFACE - Communication, Health, Education accepts material in Portuguese, Spanish and English for any of its sections. Only unpublished papers can be submitted for publication. Translations of texts published in another language will not be accepted. Submissions must be accompanied by an authorization for publication signed by all authors of the manuscript. The model for this document will be available for upload in the system.
Note: You must do the system registration in order to submit your manuscript. Go to the link
http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo
and follow the instructions. When you have finished the registration, click "Author Center" and begin the submission process.
The originals must be typed in **Word or RTF**, using Arial 12, respecting the maximum number of words defined per section of the Journal.
All originals submitted for publication must have an abstract and keywords relating to the topic (with the exception of Books, Brief notes and Letters).

The first page of the text must contain (in Portuguese, Spanish and English): the article's full title (up to 15 words), the abstract (up to 140 words) and up to five keywords.
Note: In case of counting the abstract's words, the title and the keywords are excluded.

Footnotes: These should be identified using lower-case superscript letters, in parentheses. They should be succinct and should only be used when necessary.

CITATIONS AND REFERENCES

Starting in 2014, the journal Interface is changing over to the Vancouver standard as the style to use for citations and references in manuscripts submitted.

CITATIONS IN THE TEXT

Citations should be numbered consecutively, according to the order in which they are presented in the text. They should be identified using Arabic numerals as superscripts.
Example:
According to Teixeira[1,4,10-15]

Important note: Footnotes will now be identified by means of lower-case letters, as superscripts, in parentheses. They should be succinct and should only be used when necessary.

Specific cases of citations:
a) Reference with more than two authors: in the body of the text, only the name of the first author should be cited, followed by the expression "et al."
b) Literal citations: These should be inserted in the paragraph between quotation marks ("xx"). If the citation already came in quotation marks in the original text, replace them with single quotation marks ('xx').

Example:
"The 'Uniform Requirements' (Vancouver style) are largely based on the style standards of the American National Standards Institute (ANSI), adapted by the NLM."[1]
c) Literal citation of **more than three lines**: in a paragraph inset from the text (with a one-line space before and after it), with a **4 cm** indentation on the left side.
Note: To indicate fragmentation of the citation use square brackets: [...] we found some flaws in the system [...] when we reread the manuscript, but nothing could be done [...].
Example:

> This meeting has expanded and evolved into the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), and has established the Uniform Requirements for Manuscripts Presented to Biomedical Journals: the Vancouver Style [2].

REFERENCES
All the authors cited in the text should appear among the references listed at the end of the manuscript, in numerical order, following the general standards of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (http://www.icmje.org). The names of the journals should be abbreviated in accordance with the style used in Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/).
The references should be aligned only with the left margin and, so as to identify the document, with single spacing and separated from each other by a double space.
The punctuation should follow the international standards and should be uniform for all the references.

EXAMPLES:

BOOK
Author(s) of the book. Title of the book. Edition (number of the edition). City of publication: Publishing house; Year of publication.
Example:
Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.
** Without indicating the number of pages.

Note:
If the author is an entity:
Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3a ed. Brasília, DF: SEF; 2001.
In the case of series and collections:
Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

BOOK CHAPTER
Author(s) of the chapter. Title of the chapter. In: name(s) of the author(s) or editor(s). Title of the book. Edition (number). City of publication: Publishing house; Year of publication. First-last page of the chapter.

Note:
If the author of the book is the same as the author of the chapter:
Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
If the author of the book is different from the author of the chapter:
Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.
** It is obligatory to indicate the first and last pages of the chapter, at the end of the reference.

ARTICLE IN JOURNAL
Author(s) of the article. Title of the article. Abbreviated title of the journal. Date of publication; volume (number/supplement): first-last page of the article.
Examples:
Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.
** It is obligatory to indicate the first and last pages of the article, at the end of the reference.

DISSERTATION AND THESIS
Author. Title of study [type]. City (State): Institution where it was presented; year when study was defended.
Examples:
Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [thesis]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertation]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

STUDY PRESENTED AT SCIENTIFIC EVENT
Author(s) of the study. Title of the study presented. In: editor(s) responsible for the event (if applicable). Title of the event: Proceedings or Annals of ... title of the event; date of the event; city and country of the event. City of publication: Publishing house; Year of publication. First-last page.
Example:
Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brazil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [accessed Oct 30, 2013]. Available from: www.google.com.br

* When the study has been consulted online, mention the data of access (abbreviated month and day followed by comma, year) and the electronic address: Available from: http://www.....

LEGAL DOCUMENT
Title of the law (or bill of law, or code...), publication data (city and date of publication).
Examples:
Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* This follows the standards recommended in NBR 6023 of the Brazilian Technical Standards Association (Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT, 2002), with its graphical standard adapted to the Vancouver Style.

REVIEW
Author(s). Place: Publishing house, year. Review of: Author(s). Title of the study. Journal. Year; v(n):first-last page.
Example:
Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTICLE IN NEWSPAPER
Author of the article. Title of the article. Name of the newspaper. Date; Section: page (column).
Example:
Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

LETTER TO EDITOR
Author [letters]. Journal (City). Year; v(n.):first-last page.
Example:
Bagrichevsky M, Estevão A. [letters]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

PUBLISHED INTERVIEW
When the interview consists of questions and answers, the entry is always according to the interviewee.
Example:
Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [interview conducted by Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

When the interviewer transcribes the interview, the entry is always according to the interviewer.
Example:
Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [interview with Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

ELECTRONIC DOCUMENT
Author(s). Title [Internet]. City of publication: Publishing house; date of publication [date of access with the expression "accessed"]. Address of the website with the expression "Available from:"
With page numbering:
Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [accessed Jun 20, 1999]; 40. Available from: http://www.probe.br/science.html

Without page numbering:
Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [accessed Aug 12, 2002]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle

* The authors should check whether the electronic addresses (URLs) cited in the text are still active.

Note:
If the reference includes the DOI, this should be maintained. **Only in this case** (when the citation was taken from SciELO, the DOI always comes with it; in other cases, not always).

Other examples can be found at
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

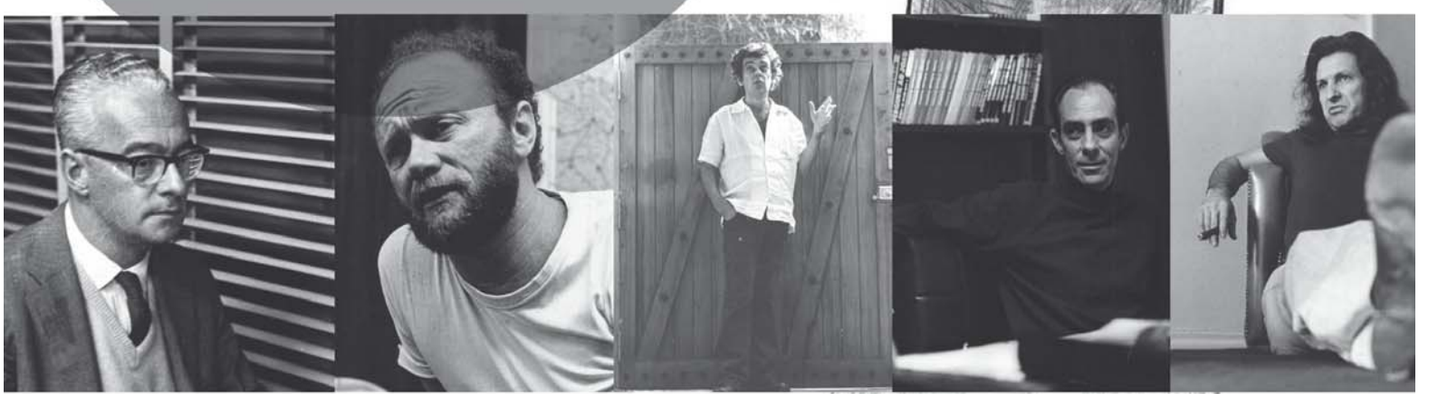
ILLUSTRATIONS: Images, figures and drawings must be created as TIFF or JPEG files. Minimum resolution: 200 dpi. Maximum size: 16 x 20 cm, with captions and font Arial 9. Tables and tower graphs can be created as Word files. Other kinds of graphs must be created in image programs (corel draw or photoshop).

Note: In the case of texts sent to the Creation section, images should be scanned at a minimum resolution of 200 dpi and be sent in jpeg or tiff format, with a minimum size of 9 x 12 cm and maximum of 18 x 21 cm.

Submissions must be made online at:
http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo

ANALYSIS AND APPROVAL OF ORIGINALS
Every text will be submitted to a preliminary evaluation by the Editorial Board. If the text is approved, it will be reviewed by peers (two reviewers at least). It will be returned to the author(s) if the reviewers suggest changes and/or corrections. In case the reviewers have divergent opinions, the paper will be submitted to a third reviewer for arbitration. The final decision about the merit of the work is the responsibility of the Editorial Board (publishers and associated publishers).
The texts are the responsibility of the authors and do not necessarily reflect the point of view of the publishers.
All content in the approved paper, except where otherwise noted, ís licensed under a Creative Commons Attribution, type BY-NC. Reproduction only for non-commercial uses is permitted if the source is mentioned. See details in: http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/

Artistas da revolucão, do CPC à era da TV



Em busca do povo brasileiro.

Uma análise do ambiente cultural brasileiro durante o regime militar, período em que os artistas procuraram aproximar-se do "povo", não numa tentativa de avaliar se tiveram ou não êxito na busca, mas sim compreender sua ação e seus objetivos políticos.

Autor: Marcelo Ridenti

editora unesp

Produzir conteúdo,
Compartilhar conhecimento.
Editora Unesp, desde 1987.
www.editoraunesp.com.br

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

VOLUME 8 I NÚMERO 2 I JULHO-OUTUBRO 2010 I ISSN 1678-1007

ENSAIO

Tramitação e desdobramentos da LDB/1996: embates entre projetos antagônicos de sociedade e de educação | ***Iria Brzezinski***

ARTIGOS

A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites | ***Josiane Vivian Camargo de Lima; Bárbara Turini; Brígida Gimenez Carvalho; Elisabete de Fátima Pólo Almeida Nunes; Rafaela de Lemos Lepre; Priscila Mainardes e Luiz Cordoni Junior***

A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? | ***Roberta Rodrigues de Alencar Mota e Helena Maria Scherlowski Leal David***

Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará | ***Aldiania Carlos Balbino; Mirna Marques Bezerra; Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas; Izabelle Mont´Alverne Napoleão Albuquerque; Maria Socorro de Araújo Dias e Vicente de Paulo Teixeira Pinto***

Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores | ***Mariângela Monteiro de Melo Baltazar; Samuel Jorge Moysés e Carmen Célia Barradas Correia Bastos***

A relação professor-aluno no ensino da Odontologia na Universidade Federal do Espírito Santo | ***Aline Guio Cavaca; Carolina Dutra Degli Esposti; Edson Theodoro Santos-Neto; Maria José Gomes***

RELATO

Capacitação de técnicos de saúde: uma experiência pioneira no estado do Tocantins, Brasil | ***Arlindo Serpa Filho e Regiane Cristina Neto Okochi***

ENTREVISTA

Claudio Katz

RESENHAS

Conhecimento e imaginário social. David Bloor. Tradução de Marcelo do Amaral Penna-Forte. São Paulo: Editora Unesp, 2009, 300 p. | ***Maiko Rafael Spiess***

www.revista.epsjv.fiocruz.br

Trabalho, Educação e Saúde - EPSJV/Fiocruz
Avenida Brasil, 4365 - Manguinhos
CEP 21040-900 - Rio de Janeiro - RJ
tel: (21) 3865-9850 fax: (21) 2560-8279
e-mail: revtes@fiocruz.br

SALUD COLECTIVA

VOLUMEN 2 NÚMERO 1
ENERO / ABRIL 2006
ISSN 1669-2381

El Estudio de la Salud y el Género:
Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista
Mari Luz Esteban

Ordenando Relatos. Investigaciones sobre Salud y
Género en Programas Mexicanos de Estudios de la Mujer
Dora Cardaci

El Concepto Género en Documentos Gubernamentales
Sobre Salud y Nutrición en México
Monserrat Salas-Valenzuela, María del Pilar Torre Medina-Mora.

Saberes de Mujeres y Varones Triquis Respecto de la Crianza
de sus Hijos: Cambios y Continuidades Generacionales
Zuanilda Mendoza

Desigualdades en Salud:
¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres?
Elsa López, Liliana Findling, Mónica Abramzón.

Géneros y Generaciones:
Conducta Reproductiva de los Mayas de Yucatán, México
Judith Ortega Canto

VOLUMEN 2 NÚMERO 2
MAYO / AGOSTO 2006
ISSN 1669-2381

Epistemología y Teoría del Conocimiento
Rolando García

Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo
de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones
Naomar Almeida-Filho

Educación Permanente en Salud: Una Estrategia para Intervenir
en la Micropolítica del Trabajo en Salud
Emerson E. Merhy, Laura C. M. Feuerwerker, Ricardo B. Ceccim

Pruebas Genéticas Predictivas y Percepción de Riesgos.
Apuntes para la Comunicación Pública de Contenidos sobre Biotecnología
Luis David Castiel, Javier Sanz Valero

Esterilizadas en Nombre de la Salud Pública: Raza, Inmigración
y Control Reproductivo en California en el Siglo XX
Alexandra Minna Stern

Marco Conceptual para la Definición del Desarrollo Sustentable
Ricardo Goñi, Francisco Goin

La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina):
Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal
Iván Ase

VOLUMEN 2 NÚMERO 3
SEPTIEMBRE / DICIEMBRE 2006
ISSN 1669-2381

Análisis de la Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en los
Departamentos de Argentina. 1994-2003
Andrea L. Vega, Sebastián Torcida, Guillermo A. Velázquez

Cifras del Retroceso: El Deterioro Relativo de la Tasa de
Mortalidad Infantil de Argentina en la Segunda Mitad del Siglo XX
José C. Escudero, Cristina M. Massa

Muertes por Armas de Fuego: Un Eclipse en los Sistemas de Información en Salud
Gabriela Zunino, Hugo Spinelli, Marcio Alazraqui

Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social
Henry Sigerist

Premio Conferencia Hugh Rodman Leavell: Globalización, Pobreza y Salud
Paulo Marchioni Buss

Salud Reproductiva e Interculturalidad
**Adriana A. Feltri, Jorge Arakaki, Luis F. Justo, Francisco Maglio, Florentino J. Pichún,
Martha I. Rosenberg, Hugo Spinelli, Mario Testa, Alicia M. Torres Secchi, Roxana C. Ynoub**

SALUD COLECTIVA
Publicación cuatrimestral
co-editada por:

Universidad Nacional de Lanús

Salud Colectiva
Centro de Estudios para la Salud

Indizada en:
Latindex
Lilacs
Periódica
Redalyc
Binacis
BVS

Informes y suscripción
revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br

Textos completos em
. <http://www.scielo.br/icse>
. <http://www.interface.org.br>

interface
comunicação saúde educação

Publicação interdisciplinar dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia e as Ciências Sociais e Humanas.

APOIO/SPONSOR/APOYO
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
e Tecnológico - CNPq
Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar - Famesp
Instituto de Biociências de Botucatu/Unesp
Pró-Reitoria de Pesquisa/Unesp

INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EM

. Bibliografia Brasileira de Educação
<http://www.inep.gov.br>
. CLASE - Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales
y Humanidades
<http://www.dgbiblio.unam.mx>
. CCN - Catálogo Coletivo Nacional/IBICT
<http://ccn.ibict.br>
. DOAJ - Directory of Open Access Journal
<http://www.doaj.org>
. EBSCO Publishing's Electronic Databases
<http://www.ebscohost.com>
. EMCare - <http://www.info.embase.com/emcare>
. Google Academic - <http://scholar.google.com.br>
. LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea
para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe,
España y Portugal - <http://www.latindex.unam.mx>
. LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em
Ciências da Saúde - <http://www.bireme.org>
. Linguistics and Language Behavior Abstracts - LLBA
<http://www.csa.com.br>
. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe,
España y Portugal - <http://redalyc.uaemex.mx/>
. Coleção SciELO Brasil/Coleção SciELO Social Sciences
<http://www.scielo.br/icse>
<http://socialsciences.scielo.org/icse>
. Social Planning/Policy & Development Abstracts
<http://www.cabi.org>
. Scopus - <http://info.scopus.com>
. SocINDEX - <http://www.ebscohost.com/
biomedical-libraries/socindex>
. CSA Sociological Abstracts - <http://www.csa.com>
. CSA Social Services Abstracts - <http://www.csa.com>

TEXTO COMPLETO EM
. <http://www.scielo.br/icse>
. <http://www.interface.org.br>

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA
Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Junior, s/n° - Campus da Unesp
Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br www.interface.org.br

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO

Adriana Kelly Santos, UFV
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alejandra López Gómez, Universitad de la Republica, Uruguai
Ana Lúcia Coelho Heckert, UFES
Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Unesp
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBa
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma Metropolitana, México
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de Colombia
Charles Briggs, UCSD, USA
Cleoni Maria Barbosa Fernandes, PUCRS
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
Geórgia Sibele Nogueira da Silva, UFRN
Graça Carapinheiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Jairnilson da Silva Paim, UFBa
Janine Miranda Cardoso, Fiocruz
Jesús Arroyave, Universidade del Norte, Colômbia
John Le Carreño, Universidade Adventista, Chile
José Carlos Libâneo, UCG
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Roque Junges, Unisinos
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN
Laura Macruz Feuerwerker, USP
Leandro Barbosa de Pinho, UFRGS
Leonor Graciela Natansohn, UFBa
Luciana Kind do Nascimento, PUC/MG
Luis Behares, Universidad de la Republica, Uruguai
Luiz Fernando Dias Duarte, UFRJ
Magda Dimenstein, UFRN
Marcelo Dalla Vecchia, UF São João Del Rei
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBa
Márcia Thereza Couto Falcão, USP
Marcus Vinicius Machado de Almeida, UFRJ
Margarida Maria da Silva Vieira, Universidade Católica Portuguesa, Portugal
Maria Antônia Ramos de Azevedo, Unesp
Maria Cecília de Souza Minayo, ENSP/Fiocruz
Maria Cristina Davini, OPAS/OMS, Argentina
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidad Autónoma Metropolitana, México
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES
Maria Isabel da Cunha, Unisinos
Maria Ligia Rangel Santos, UFBa
Marilene de Castilho Sá, ENSP, Fiocruz
Marina Peduzzi, USP
Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Marli Elisa Dalmaso Afonso D'André, PUCSP
Mónica Petracci, UBA, Argentina
Nildo Alves Batista, Unifesp
Paulo Henrique Martins, UFPE
Paulo Robert Gibaldi Vaz, UFRJ
Regina Duarte Benevides de Barros, UFF
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Fabrino Mendonça, UFMG
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Richard Guy Parker, Columbia University, USA
Robert M. Anderson, University of Michigan, USA
Roberta Bivar Carneiro Campos, UFPE
Roberto Castro Pérez, Universidad Autónoma de México, México
Roberto Passos Nogueira, IPEA, DF
Roger Ruiz-Moral, Universidade de Córdoba, Espanha
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar
Roseni Pinheiro, UERJ
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS
Vânia Moreno, Unesp

INTERFACE
Superfície de contato, de tradução, de articulação entre dois espaços, duas espécies, duas ordens de realidade diferentes

Pierre Lévy